

# 保健事務の手引



**令和5年3月**

**新潟市教育委員会 保健給食課**



## 保健事務の手引(目次)

項目		ページ
大項目	小項目	
システムについて	I 統合型校務支援システムについて II 統合型校務支援システムと感染症情報システムの自動連携について	システム-1~2 システム-3~4
1 定期健康診断	(1) 歯科健康診断 (2) 結核検診 (3) 耳鼻咽喉科健康診断 (4) 眼科健康診断 (5) 運動器検診 (6) 尿検査 (7) 心臓検診 (8) 内科健康診断 (9) 保健調査票・結核問診票等の保存期間	歯-1~9 結-1~3 耳-1~2 眼-1~2 運-1~3 尿-1~8 心-1~2 内-1~3 保-1
2 就学時の健康診断	(1) 就学時の健康診断	就学-1
3 環境衛生検査	(1) 環境衛生検査	環境-1
4 歯科保健事業	(1) 巡回歯科指導 (2) フッ化物洗口(フッ素洗口)	巡回-1 フ-1~4
5 災害共済給付制度	(1) 日本スポーツ振興センター災害共済給付制度 * 成年年齢の引き下げに伴う対応について	スポ-1~13 スポ-14~20
6 医療券	(1) 医療券	券-1~16
7 発生報告	(1) アタマジラミ発生報告 (2) 感染症発生報告 (3) 臨時休業について(報告) (4) 食中毒発生報告	シラミ-1~6 感染-1~6 休業-1 食中毒-1~2
8 各種事業	(1) 児童生徒の生活習慣病健診事業 (2) 業務補助員採用 (3) プールの安全点検 (4) AEDの設置・保守管理 (5) 学校医等の委嘱	習慣-1~2 補助-1 プール-1 AED-1 校医-1~2
9 その他	(1) 兼職発令 (2) 健康診断統計・保健月報 (3) 学校保健関係用語の表記	兼職-1 統計-1~2 用語-1

※ 両面印刷をしてご使用ください。



# I 統合型校務支援システムについて

- 1 新潟市立学校では、令和3年度から統合型校務支援システムを利用しています。  
 (中等教育学校・高等学校は、保健機能の使用権限がありません。)

### 1. 統合型校務支援システム概要

統合型校務支援システム構成

統合型校務支援システムはウェブブラウザ上でご利用いただけます。

- 新潟市立学校が同一ネットワーク内で共通のシステムをご利用いただけます。
- 市立の小・中・特別支援学校、高等学校及び教育委員会の間で連絡・情報共有が可能です。
- 市内で異動があっても、同じシステムを使えます。
- システムに保存されたデータは全て統合型校務支援システムサーバに保存します。

### 1. 統合型校務支援システム概要

機能一覧

統合型校務支援システムには、以下の機能がご用意です。情報の共有、ノウハウの共有を活性化し、校務の効率化にお役立ていただける機能が充実しています。

**連絡・書庫**

教育委員会や学校間でスムーズに情報共有を支援します。

- 連絡掲示板
- 会議室
- 書庫
- 個人連絡
- 文書連絡

**校務・スケジュール**

行事や日々のスケジュールに関するさまざまな情報を効率よく管理・利用できます。

- 予定表
- 教職員名簿
- 選考
- 出勤簿 (出勤簿)
- 予約
- 施設・備品
- 日誌

**児童生徒**

学籍情報や指導の記録等の情報の一元管理を行います。保存した情報の活用で、業務の効率化が図れます。

- 児童生徒名簿
- 通知表
- いいとこみつけ (日誌所見)
- 個人カルテ
- 出席簿
- 指導要録
- 学習管理 など

**保健**

保健室の利用状況や健康診断情報を管理でき、各種お知らせ帳票の作成、集計統計業務を効率化します。

- 健康診断
- 保健日誌
- 保健室利用

※学校種別 (中等教育学校では前期、後期) によって利用できる機能が異なります。

## 2 保健管理機能は次の3つです。

- (1) 健康診断 健康診断情報が管理でき、各種お知らせ帳票の作成、集計統計業務を効率化できます。
- (2) 保健室利用 保健室利用状況を管理できます。
- (3) 保健日誌 保健室利用機能で入力された内容を表示します。

**健康診断結果と保健室利用状況の入力内容は保健統計に反映します。  
 確実に入力を行ってください。**

### 保健管理機能 - 健康診断 -

健康診断

児童・生徒の健康診断結果を入力し、様々な帳票や集計表を出力できます。

※特別支援学校の児童生徒は、入力するクラスを「通常学級」「特別支援学級」「両方」から選択できます。

### 保健管理機能 - 保健室利用・保健日誌 -

保健室利用

児童・生徒が保健室を訪れた際の情報を登録することができます。エクセル出力も可能。

保健日誌

統合型校務支援システム内の様々な情報をコピーし、保健日誌の作成、印刷が可能です。

### 1. 統合型校務支援システム概要

各種帳票

- 新潟市指定様式**
  - 出席簿
  - 文書收受簿
  - 卒業児童生徒名簿
  - 健康診断票
  - 出席停止通知書
  - 個別的教育支援計画
  - 各種受診勧告
- 新潟県指定様式**
  - 調査書個票
  - 調査書一覧表
- 文部科学省参考様式**
  - 指導要録 (様式1、様式2)
- 日本保健会様式**
  - 成長曲線、肥満度曲線
- システム標準帳票**
  - 児童生徒名簿
  - 週案簿
  - 住所名簿
  - 健康診断一覧表 など

3 マニュアル・資料についてはグループウェア機能の「書庫」に格納済みです。

連絡・書庫 > 書庫 > 閲覧

カタログ表示 キーワード 全て 絞り込み

カテゴリ名	登録日	
00.教育NW基盤および統合型校務支援システム マニュアル・資料	2020/12/03	選択保存
01.教育NW基盤	2021/01/08	選択保存
02.統合型校務支援システム	2021/01/08	選択保存
01.活用ガイドブック	2021/01/08	選択保存
EDUCOMマネージャー-C4th活用ガイドブック1【基本操作・グループウェア編】	2021/01/08 20:49	詳細 保存
EDUCOMマネージャー-C4th活用ガイドブック2【成績・保健機能編】	2021/01/08 20:49	詳細 保存
学校月予定表(スケジュール用ひな形)	2022/11/28 13:57	詳細 保存
02.研修資料	2021/01/08	選択保存
操作研修	2021/04/20	選択保存
保健管理研修資料-01	2021/04/20 19:07	詳細 保存
保健管理研修資料-02	2021/11/19 15:49	詳細 保存
成績管理研修資料-01	2021/04/20 19:07	詳細 保存
成績管理研修資料-02	2021/04/20 19:07	詳細 保存
管理職研修資料-01	2021/04/20 19:07	詳細 保存
管理職研修資料-02	2021/04/20 19:07	詳細 保存
新採用職員向け研修	2021/04/20	選択保存
通知表作成研修	2021/05/14	選択保存
調査書・指導要録研修	2021/11/15	選択保存
03.質疑回答	2021/02/12	選択保存
04.マニュアル類	2021/03/05	選択保存
01.操作マニュアル	2021/03/05	選択保存
操作マニュアル(1.連絡・書庫編)	2021/05/24 11:12	詳細 保存
操作マニュアル(2.校務・スケジュール編)	2021/05/24 11:12	詳細 保存
操作マニュアル(3.児童生徒編)	2021/05/24 11:13	詳細 保存
操作マニュアル(4.保健編)	2021/05/24 11:13	詳細 保存
操作マニュアル(5.設定編)	2021/05/24 11:13	詳細 保存
操作マニュアル(6.教育委員会設定編)	2021/05/24 11:13	詳細 保存
02.動画マニュアル	2021/06/14	選択保存
03.運用マニュアル	2021/03/05	選択保存
04.各種説明資料	2021/05/17	選択保存
ダッシュボード機能説明資料	2021/05/17 16:30	詳細 保存
健康診断 入力制限設定説明資料	2021/12/13 14:34	詳細 保存
文書連絡(学校回答)説明資料	2021/05/26 15:17	詳細 保存
05.各種研修動画	2021/07/02	選択保存
06.その他マニュアル	2022/03/01	選択保存
05.その他	2021/05/07	選択保存

カテゴリ名	登録日	
04.保健給食課	2021/02/10	選択保存
給食係	2021/03/02	選択保存
新潟市幼児・児童・生徒 食物アレルギー対応マニュアル	2022/08/31	選択保存
アレルギー様式	2022/05/25	選択保存
保健係	2021/03/02	選択保存
00保健事務の手引	2021/03/26	選択保存
01様式	2021/03/02	選択保存
02がん教育	2021/04/16	選択保存
03校務支援システム保健機能(QA)	2021/12/09	選択保存
031125保健機能マニュアル補足説明	2021/12/09 13:39	詳細 保存
040317校務支援システム運用について(QA)	2022/03/17 17:39	詳細 保存
040629校務支援・感染症システム連携マップ-20220616-v2.0	2022/06/29 10:50	詳細 保存
04新型コロナウイルス感染症関連	2022/01/17	選択保存
05 業務補助	2022/03/10	選択保存
06養護教諭研修	2022/04/02	選択保存
07熱中症関連通知	2022/06/24	選択保存

EDUCOMヘルプデスク  
オンラインヘルプデスクのご案内



08-00777-8105

## Ⅱ 統合型校務支援システムと感染症情報システムの自動連携について

### 1 概要

令和4年度より、市内の全小学校、中学校、特別支援学校にて、校務支援システムに登録した出席簿データと感染症システムとのデータ自動連携を行っています。

### 2 背景・目的

これまで、感染症情報システムと校務支援システムの2つのシステムに、学校園等が感染症の状況（同じ情報）を入力しているという現状がありました。

両システムを自動連携することにより、学校現場における入力負担を減らし、業務の効率化を進めます。合わせて、感染症システムの更なる利用拡充を図り、感染症のまん延を防止し、子どもの学習機会の損失を防ぐことを目的としています。

**システムの連携により、月ごとに提出していた「感染症にかかわる出席停止報告書」の提出は不要になりました。(小・中学校、特別支援学校)**

### 3 運用開始日

令和4年4月1日（金）から

### 4 出席簿の入力について

校務支援システムに、毎日その日の出席簿情報を必ず登録してください。それにより、連携対象項目が自動的に感染症システム側に連携されます。連携対象項目は「5 連携対象項目と出席簿の登録について」のとおりです。

なお、感染症システム側は閲覧のみとし、入力はしないでください。

**ただし、特別支援学級が学級閉鎖を行った場合は、感染症情報システムへの入力が必要です。(システムの仕様によるもの)**

### 5 連携対象項目と出席簿の登録について

連携項目	校務支援システムメニュー	登録
出席停止・欠席情報	児童生徒 > 出席簿 > 閲覧・編集	毎日、18時までに全学級の出席簿情報を登録すること。
臨時休業（休校）	設定 > 時間割 > カレンダー 学級や学年等の対象カレンダーの「休日備考1」または「休日備考2」に指定文言（※1）が入力されている場合、閉鎖と判断され、システム連携されます。	措置が決定し次第、前日のうちに登録すること。 ※前日に入力できなかった場合は、遅くとも閉鎖当日の10時までには登録すること。
学年閉鎖		
学級閉鎖		

## ※1 《重要》 指定文言について

### 【学級閉鎖】

- 対象カレンダー：クラスカレンダー
- 休日設定：なし
- 「休日備考 2」に以下の内容を入力  
「(感染症名)による学級閉鎖」 (例：インフルエンザによる学級閉鎖)

### 【学年閉鎖】

- 対象カレンダー：学年カレンダー
- 休日設定：休日
- 「休日備考 1」に以下の内容を入力  
「(感染症名)による学年閉鎖」 (例：インフルエンザによる学年閉鎖)

### 【学校閉鎖】

- 対象カレンダー：学校カレンダー
- 休日設定：休日
- 「休日備考 1」に以下の内容を入力  
「(感染症名)による学校閉鎖」 (例：インフルエンザによる学校閉鎖)

## 6 過去データの連携について

校務支援システムに入力された内容が、感染症システムに連携される期間は、過去 31 日分までとなっています。それ以前のデータについては、校務支援システム上で修正しても感染症システムに連携されません。修正する場合も含め、毎月月末までに確実にその月のデータの登録を終わらせてくださいますようお願いいたします。

## 7 その他

- (1) 出席簿の運用については、市内統一の項目での運用を基本としているため、学校独自に欠席理由の項目を変更することはできません。

# 1 定期健康診断

- (1) 歯科健康診断
- (2) 結核検診
- (3) 耳鼻咽喉科健康診断
- (4) 眼科健康診断
- (5) 運動器検診
- (6) 尿検査
- (7) 心臓検診
- (8) 内科健康診断
- (9) 保健調査票・結核問診票等の  
保存期間

◇ 各種健康診断の詳細については、通知をご確認ください。

◇ 受診勧告の様式は、校務支援システムから出力されるものをお使いください。

ただし、次の2点にご留意ください。

① 成長曲線に関するお知らせは、通知に添付したものを使う。

② 歯科と耳鼻科の裏面は、校務支援システムから出力されないため、各校で印刷をする。

(裏面の様式は、校務支援システム 書庫に格納)



## (1) 歯科健康診断

～歯科健康診断の流れ～

- ・ 歯科健診担当医決定・・・新潟市歯科医師会から保健給食課に名簿が届く（1月末）
- ・ 日程調査依頼文書発送・・・保健給食課から学校・園へ（2月上旬）

日程調整

2月上旬～2月下旬

- ・ 健診担当医表を確認する。  
学校・園は学校歯科医と連絡を取り、日程を決定する。  
応援医がいる場合は、学校歯科医の指示により日程調整し、決定する。

### 【注意事項】

- ・ 毎週木曜日の午前中は日程が集中し、希望に添えないことがあります。可能であれば午後か他の曜日での実施も検討してください。

- ・ 「学校歯科健康診断日程調査票」「歯科健康診断器具申込書」提出（2月下旬）  
歯科医師1人に対し、歯科衛生士1人（筆記業務）を派遣する。

### 【注意事項】

- 筆記業務は新潟県歯科衛生士会に委託しています。歯科医師が歯科衛生士を帯同する場合、新潟県歯科衛生士会の会員であるか必ず確認をお願いします。非会員を帯同する場合、委託料は支払われません。

歯科健康診断器具は、実施日の2日前に配送し、翌日回収する。

### 【注意事項】

- ・ 配送日、回収日は週休日や代休を除いて指定してください。（必ず教務等と日程を確認すること！）
- ・ 器具は使用の有無にかかわらず「申し込み数＝有料」となります。昨年度の使用状況を参考に、無駄のないように申し込んでください。

派遣歯科衛生士・器具の調整

3月上旬～3月末

歯科健康診断実施通知

4月上旬

- ・ 歯科健康診断日程一覧表、派遣歯科衛生士名簿が送られてくるので確認する。

事前準備

前日まで

**日程、器具の本数等の変更は1週間前までに！**

- ・ 学校歯科医と連絡を取り、健康診断がスムーズに行われるように打合せをする。
- ・ 健診医（応援医を含む）と派遣歯科衛生士（複数の場合は全員）に連絡をする。  
→ 日程・集合時間と場所・駐車場など

### 【注意事項】

- ・ 筆記用具は“鉛筆”を準備してください。ボールペンでの筆記を歯科衛生士に要求しないでください。
- ・ 歯科健康診断票の氏名と普段使用している氏名が異なる場合は、あらかじめ付箋に氏名を書いて貼るなど配慮をお願いします。
- ・ 「歯科衛生士の氏名記入票」を当日歯科衛生士に記入してもらいますので、準備しておいてください。

- ・ 器具が届き次第すぐに本数を確認し、不備等があれば保健給食課に連絡をする。
- ・ 会場等の準備をする。
- ・ （歯－8）を事前に確認する。

## 健診当日

- ・実施前に全員で打合せをし、共通理解の下実施する。

### 【注意事項】

- ・欠席者がいる場合は、健康診断票を抜くなど、誤記入を避けるための配慮をお願いします。
- ・児童生徒等には名札を着用させ、自分の番になったら「〇〇 〇〇です。」と自分の名前を言ってもらってください。名乗ることが困難な場合は、職員が対応してください。

- ・健康診断終了後は関係者全員で反省会を行う。（当日欠席者の対応など）
- ・「歯科衛生士の氏名記入票」に派遣衛生士より氏名を記入してもらおう。  
→記入後は速やかに保健給食課へ提出すること。
- ・「歯科健康診断医師実績報告書」に学校歯科医・応援医より氏名を記入してもらい、養護教諭が人数を記入後、保健給食課へ提出する。

### 【注意事項】

（最終提出締切り日：7月末日）

- ・会場、器具の片づけをする。（回収は翌日）

## 事後措置

- ・「歯・口腔の健康診断結果について（お知らせ）」を入力または記入し、出力する。
- ・裏面（歯-9）を印刷の上、受診を勧める。

### 【注意事項】

- ・様式は新潟市歯科医師会で作成されたものです。各校・園の判断で内容を変更することはできません。
- ・要観察歯（C0）は、永久歯についてのみ歯式に○を付けてお知らせします。

- ・健康診断の入力について

### 【注意事項】

- ・幼稚園は『幼稚園用』に、高校・中等教育学校は『学校用』のシートへ、小・中・特別支援学校は『C4th保健機能』へ入力してください。
- ・入力後は前年度のデータと比較するなどして、誤入力がないか確認してから提出してください。

# 新潟市学校歯科健診要綱

新潟市歯科医師会  
平成22年4月1日改定

## I. 学校歯科健診全般について

学校歯科健診（以下、健診）は新潟市歯科医師会と新潟市教育委員会との話し合いの上で実施されている。

### A. 学校歯科主任医及び健診担当医について

- (1) 本会会員が担当する。
- (2) 健診実施日は事前に確認をし、やむを得ない事情で交代する場合は交代担当医（本会会員）を立て、事前にその旨本会事務局まで連絡をする。
- (3) 学校歯科主任医は学校側と以下にあげる項目について、事前に打合せを行い、健診担当医にその内容について連絡をしておく。

#### a. 健診の準備

- ①健康診断票の準備
- ②健診会場の準備
- ③記録者への記録内容の周知
- ④健診器具の準備
- ⑤健診器具及び手指の消毒
- ⑥健診時間の確保

#### b. 健診の手順

- ①児童生徒の誘導
- ②健康診断票と健診項目
- ③具体的な健診のすすめかた
- ④健診基準

(4) 健診当日は早目に来校し、健診基準等について確認する。

(5) 健診終了直後、健診結果等について学校側（学校長、保健主事、養護教諭）と話し合いを行う。

### B. 健診に際し、必要な器具器材について

- ①健診器具一式ーミラー、探針、ピンセット
- ②机
- ③椅子　　ー健診医用、児童（生徒）用
- ④スタンドライト、ペンライト
- ⑤器具消毒剤
- ⑥手指消毒剤、ペーパータオル　※一人の児童・生徒の診査が終了したら、必ず手指消毒を行うこと。
- ⑦ディスポーザブルグローブ
- ⑧健康診断票
- ⑨筆記用具

### C. 健診当日、欠席した児童・生徒の取扱いについて

学校歯科主任医と学校側で相談の上、健診を実施する。

## II. 学校歯科健診における顎関節の状態及びCOに関する取扱い

《顎関節の状態》　従来通り診査は行わない。

現段階においては若年者の顎関節症の原因が特定しにくく、その治療に関して確定的な方針は立てにくい。もし診査を行った場合、一般開業医はその対応に苦慮し、受診者にとっても不利益な結果を招くことになる可能性が高いと思われる。

《CO》要観察歯として健診票へ記録し、本県としては「要精査歯」ならびに「要予防歯」として取り扱う。

1. 現在の学校健診の条件下では、正確な診断を下すことが困難なことが多い。
2. 特にCOの場合放置するとう窩を形成する恐れがある為、レントゲン検査等で精査する必要がある。
3. う蝕は生活習慣病として適切な指導が重要であり、また特にCOにおいては指導

に加え適切な予防処置によりう窩への進行を防ぐべきである。

4. 本県では上記の理由により、C Oは要観察歯であるが、「要精査歯」および「要予防歯」として位置づける。

※なお、本県が実施しているフッ素洗口がC O状態の歯牙への効果的な予防法であることは言うまでもない。

※新潟市としては、永久歯についてのみ要観察歯として健診票へ記録し、精密検査のための受診勧告の対象とする。

### Ⅲ. 探針使用の留意点について

探針の先端が鋭利で、触診圧が過度になるほど、人為的なエナメル質表面の実質欠損を起し、再石灰化しにくくなり、う窩を拡大・進行させる可能性がある。

学校健康診断でのう蝕診査（スクリーニングのための診査）にあたっては、十分な照明下で肉眼によるう窩の確認と色変化の確認で診査することが望ましく、探針を使用する際には、歯軸方向に垂直的な強い圧を加えず、なるべく裂溝や歯面に沿って水平的に移動させるようにする配慮が必要である。

### Ⅳ. 歯科健診基準と歯科健康診断票の記入要領について

健診内容は歯列、咬合の異常の有無、歯垢の付着状態、歯周疾患の有無、現在歯（永久歯、乳歯）に関して、う蝕の状況、喪失歯の状態、その他口腔内の疾患や異常の有無について診査する。

#### A. 歯列・咬合の状態

学校歯科健診は集団を対象とし、比較的短期間で診査することを考慮すると、矯正治療の必要性を有する者はかなり限定される。従って、不正咬合と判定する基準は現段階では健診担当者の判断において、咀嚼、言語等の機能に問題があると思われる者を不正咬合と診断する。

実際には視診により検査し、結果は3段階（0、1、2）のいずれかで記入する。  
0（異常なし）

1（要観察）：軽度の不正咬合が認められる者で、定期的観察が必要な者。

2（要精検）：かなり重度な不正咬合があって、矯正治療を要すると判断される者。本人や保護者からの矯正治療の申し出のある者等で歯科医師による精密検査と診断が必要な者。

尚、現在矯正治療中の場合は、1（要観察）とし、学校歯科医所見欄に矯正治療中と記す。

※学校歯科健診における要精検状態の不正咬合の診断の一応の目安

#### ①反対咬合、下顎前突

反対咬合--連続する3歯以上、上顎前歯が下顎前歯の舌側位で咬合するもの。  
下顎前突--下顎骨が上顎骨より前方に偏位している者。

#### ②上顎前突

上下切歯のオーバージェットが7～8mm以上ある者。

#### ③開咬

萌出完了時において中心咬合位で2～3歯連続した開咬状態の者。

#### ④叢生

数歯が転位、傾斜、捻転を起し重なりあっている状態の者。

#### ⑤交叉咬合

数歯にわたり被蓋関係が逆になっている者。

#### B. 歯垢の状態

前歯部唇面で主に視診によって次の基準により、歯垢の付着状態を判断し、結果は3段階（0、1、2）のいずれかで記入する。

0（良好）：ほとんど歯垢の付着を認めない者。

1（若干の付着）：歯面の1/3以下に歯垢の付着を認める者で、刷掃指導を要すると判断される者。

2（相当の付着）：歯面の1/3を超えて歯垢の付着が認められる者で、刷掃指導は行わなければならないが、場合によっては生活習慣に問題があって健康相談を行う必要のある者。

### C. 歯肉の状態

前歯部を主に視診によって観察し、結果は次の3段階（0、1、2）のいずれかで記入する。

- 0（異常なし）：歯肉に炎症のない者。  
1（要観察，GO）：歯肉に軽度の炎症症候が認められる者で、定期的な観察が必要な者。（注意深い歯の清掃を行うことによって、炎症症候が消退する程度の歯肉炎の者）  
2（要精検，G）：歯科医師による診断が必要な歯周疾患の認められる者。（歯肉炎、歯周炎の診断と治療を要する程度の歯周疾患のある者）

尚、歯石沈着が認められる場合、歯肉の状態は3段階（0、1、2）のいずれかを記入し、学校歯科医所見の欄に歯石沈着と記す。

また、今年度より要観察歯肉GOに対しても治療勧告がなされ、歯石沈着があれば歯肉の状態に関係なく受診勧告がなされます。

### D. 歯の状態

※健診の順序について

右上顎臼歯から始まり左上顎臼歯へ、左下顎臼歯から右下顎臼歯で終わる「コの字型健診」を基準とする。

#### 1. 現在歯

- ・乳歯及び永久歯について、歯冠の全部又は1部が口腔内に現れているものをいい、健全歯、未処置歯、処置歯の3つに分類する。
- ・過剰歯は含めない。
- ・癒合歯は1歯として、その歯名は上位歯をもってあてる。

#### 2. 健全歯 / または \ または -（連続横線）

- ・う蝕及びう蝕が原因の歯科的処置の認められないものをいう。
- ・外傷、発育不全、形態異常等の歯であっても前述の定義に合致するものは健全歯とする。
- ・予防充填歯は健全歯とする。
- ・乳歯サホライド塗布歯は、Cの診断基準に従い、実質欠損があれば‘C’と記載し、Ⓢ等の記号はつけない。

#### 3. 要観察歯 CO

- ・永久歯において、視診にてう窩は認められないが、う蝕の初期症状（病変）を疑わしめる所見を有するもの。
    - ①小窩裂溝において、エナメル質の実質欠損が認められないが、褐色窩溝等が認められるもの。
    - ②平滑面において、脱灰を疑わしめる白濁や褐色斑等が認められるが、エナメル質の実質欠損（う窩）の確認が明らかでないもの。
    - ③精密検査を要するう蝕様病変のあるもの（特に隣接面）。
- ※処置歯で、白濁や褐色斑等が認める場合は○(CO)と記載する。

#### 4. 喪失歯 △

- ・う蝕が原因で抜歯された永久歯をいう。
- ・う蝕以外の原因（外傷、歯周疾患、矯正の便宜抜歯等）で抜歯された永久歯は無印とする。

#### 5. 未処置歯 C

- ・治療を要するう蝕のある歯をいう。
- ・う蝕の健診基準
  - ①咬合面または頬側、舌側の小窩裂溝において、視診にて歯質にう蝕性病変と思われる実質欠損（う窩）が認められるもの。
  - ②隣接面では、明らかな実質欠損（う窩）が認められるもの。
  - ③平滑面においては、白斑、褐色斑、変色着色などの所見があっても、歯質に実質欠損が認められない場合にはう蝕とはしない。

なお、診査の時点で明らかにう蝕と判定できない場合は、要観察歯とする。

## 6. 処置歯 ○

- ・充填、金属冠、継続歯、架工義歯の支台等で歯の機能を営むことができるよう修復されている歯をいう。
- ・ブリッジの場合  
⑦ 6 ⑤ | では⑦ ⑤と記録する。6 | は欠損であるが機能を営んでいるので⑤と記載する。
- ・有床義歯の場合  
欠損部を○としPDと付記する。

## 7. 要注意乳歯 ×

- ・後続永久歯が歯肉を通して認められる状態、もしくは後続永久歯がすでに萌出している状態の乳歯。
- ・保存の適否を慎重に考慮する必要があると認められる乳歯。
- ・交換期の乳歯は含まれない。

## E. その他の疾病及び異常

- ・過剰歯は本欄に記載する。
- ・う蝕以外の原因（先天性欠如、外傷、歯周病、矯正の便宜抜歯等）による欠損歯で処置の必要性がある場合本欄に記載する。

## F. 学校歯科医所見

次のような事項があれば本欄に記載する。

- ・視診触診の結果から特に必要と認められる事項。
- ・事後措置に関連して学校歯科医が必要と認める事項。（学校歯科医が特に指示する事項等）
- ・矯正治療中の場合、矯正治療中と記入する。
- ・歯石の沈着がある場合、歯石沈着と記入する。
- ・口が開きにくいなど顎関節に明らかな異常が認められれば、その旨（顎関節症など）記入する。

## V. 事後措置

### A. 事後措置とは

保健管理の一環として、少なくとも1年に1度は児童・生徒の歯・口腔の検査を実施しているが、その検査結果の後始末が事後措置であると考えてよい。学校保健法第7条及び同施行規則第7条に事後措置について記載があり、学校保健法施行規則第7条には事後措置の内容について挙げてある9項目のうち、歯科に関しては次の4項目が該当する。

- ・疾病の予防処置を行うこと。
- ・必要な医療を受けるよう指示すること。
- ・必要な検査、予防接種を受けるよう指示すること。
- ・その他発育、健康状態等に応じて適当な保健指導を行うこと。

これらの項目を具体的に示すと次のようになる。

- ① 歯科疾患の治療勧告
- ② 歯科疾患・異常の精密検査受診勧告
- ③ 歯口清掃・生活習慣の改善の指導
- ④ 個別指導
- ⑤ 歯科保健に関する健康相談
- ⑥ 歯科疾患の予防処置の勧告

### B. 治療勧告、精密検査受診勧告

治療勧告を要する者は次のとおりである。

- ① 未処置歯のある者。  
※COは健診票に記載し、精密検査のための受診勧告の対象とする。
  - ② 歯周疾患の診断と治療を要する者。
  - ③ 治療、精密検査を要すると判断される不正咬合を有する者。
  - ④ その他
- ・健診後、速やかに勧告書を該当する児童・生徒の保護者に出す。
  - ・治療及び精密検査が終了したら、その児童生徒は治療完了証明書を学校に提出する。

### C. 保健指導

- ・ 健診の結果により、次の①、②、③、④に分けて保健指導を実施する。
  - ①異常が全く認められない者。  
現在の状態を保つよう指導する。
  - ②歯列・咬合の状態（2）、歯肉の状態（G）、歯の状態（C）に該当する者。  
治療勧告、精密検査受診勧告を行う。
  - ③歯列、咬合の状態（1）、歯垢の状態（1、2）、要観察歯（CO）、歯肉の状態（GO）に該当する者。  
歯列・咬合については臨時歯科健診等で定期的に観察を行い、歯垢・歯肉については炎症症候の改善を意図して、歯口清掃を中心とした保健指導の徹底をはかる。
  - ④上記②及び③に該当する者。  
それぞれに対応して勧告、指導を行う。
- ・ 具体的な指導については次の点に留意しながら、学校現場の状況を考慮してすすめていく。
  - （1）指導者間の共通理解、家庭との連携の必要性  
学校長をはじめ、学級担任、保健主事、養護教諭、学校医、学校歯科医相互の間に歯科保健に関する保健指導を行っていくことについて共通理解が得られ、学校の中で連携をもって指導できる体制が作られていることが大切である。
  - （2）保健指導の実際  
基本的には学校の教職員（学級担任あるいは養護教諭）が指導を行う。その中心となる歯口清掃のポイントは次のとおりである。
    - ①歯肉の炎症のある部位を確認させる。（健診基準の0、1、2の違いを理解させる）
    - ②みがき残しのある時はどこがみがき残しやすいかを確認させる。
    - ③すみずみまできれいにみがく方法を身につけるようにする。
  - （3）再診査  
保健指導が行われた後、学校歯科医による再診査を行うとよい。

### D. 個別指導

- ・ 種々の事情で学校関係者による適切な保健指導が実施できない場合、学校歯科医が学校に出向いて当該児童・生徒に対して行う指導をいう。

### E. 臨時健診

- ・ 歯列・咬合の状態（1）、歯垢の状態（1、2）、要観察歯（CO）、歯肉の状態（GO）に該当する者について、この健診の機会を利用し、経過の観察を行うとよい。

### F. 健康相談

- ・ 健診の結果、必要な治療や予防処置、保健上の問題ある事項に関して、学校歯科医、学校医、教職員、保護者、児童・生徒で相談し、その児童・生徒の将来を考えて最善の策を講ずる。

### G. 予防処置

予防処置として次のものがある。

- ・ 口腔清掃指導
- ・ 食生活指導
- ・ PMTC（プロフェッショナル メカニカル トゥース クリーニング：機械的歯面清掃）
- ・ フッ化物の利用ーフッ素洗口、フッ素塗布。
- ・ 小窩裂溝填塞法。（シーラント）
- ・ 予防的歯石除去。
- ・ 不正咬合の予防処置。（咬合誘導、保険装置、小児義歯等）

## よくある間違い～学校歯科健診前にチェック～

- 例1、 下顎6番の咬合面にレジン充填がされていて、実質欠損はなく、頬側に茶褐色の深い裂溝が認められる場合は、○(C0)と記載します。そのような場合は治療勧告されますが、統計処理上は健全歯でなく処置歯として扱われます。処置歯に2次ウ蝕の実質欠損があった場合は、未処置歯のCを記入します。
- 例2、 要観察歯のC0は、永久歯を対象としています。乳歯にはC0を記載しないでください。乳歯に治療が必要であると判断した場合はC、治療が必要でないと判断した場合は、健全歯 / の扱いです。
- 例3、 乳歯サホライド塗布歯で、実質欠損があった場合、未処置歯のCと記載します。Sとは記載しません。実質欠損がなければ、健全歯 / の扱いです。
- 例4、 矯正で便宜抜歯された永久歯は、無印とします。喪失歯の△は、ウ蝕が原因で抜歯された永久歯を対象としており、それ以外の原因(矯正の便宜抜歯・先天性欠損・外傷・歯周疾患等)では、無印とします。
- 例5、 矯正治療中の場合は、1(要観察)を丸で囲み、学校歯科医所見欄に矯正中またはⓀと記載します。
- 例6、 シーラントがしてある歯は、健全歯 / の扱いです。
- 例7、 癒合歯があった場合は、1歯として、その歯名は上位歯をあてます。  
例) 下顎1・2番の癒合歯の場合、1番に健診結果を記載し、2番は無印です。
- 例8、 歯石の沈着がある場合は、学校歯科医所見欄に歯石またはZSと記入します。

新潟市歯科医師会 地域保健部会 (令和4年10月改定)

## 1 歯並び、かみ合わせの異常について

歯並び、かみ合わせの異常は、かむ・話す・呼吸する・体のバランスをとるなどの発達に影響がみられる場合があります、学校での学習にも影響がでる場合があります。学校歯科健康診断で指摘される歯並び、かみ合わせの異常は主に次の通りです。

はんたいこうごう <b>反対咬合</b>	上下の前歯のかみ合わせが前後逆になる状態。	上顎・下顎の成長発育不全を起こしやすくなる。飲み込むときの舌を突き出す癖や口呼吸に関連することもある。
じょうかくぜんとつ <b>上顎前突</b>	上の前歯が前方に出ている状態。	
<b>歯数異常</b>	本来生えてくるべき歯数と異なる状態。先天性欠損や埋伏歯、過剰歯がある場合が多く、手術による治療やその後に矯正処置が必要な場合もある。	
かいこう <b>開咬</b>	かみ合わせたとき、前歯に上下の隙間ができる状態。サ行やタ行が発音しにくいなどの問題が起こる場合がある。指しゃぶりなどの癖の中止やくちびるの訓練を行うことにより、改善がみられる場合がある。重度の場合は矯正治療の検討も必要。	

これらの症状については、お子さんの発達段階や個々の症状の程度により、必要となる対応が異なります。

矯正治療は健康保険が適用されませんので、矯正専門医を受診する前に、かかりつけ歯科医などで現在の状況、治療の必要性について相談してください。

## 2 要観察歯（CO）について

要観察歯（CO：シーオー）とは、むし歯になりかけている疑いのある歯のことをいい、適切な予防処置を行うことで健康な歯に戻すことも可能です。

COの予防処置については、歯科医院等の検査結果やその他の条件により、その処置によっては健康保険が適用されない場合があるなど、個々のケースによって治療費の扱いが異なりますので、歯科医師と十分ご相談ください。

また、すでにCOと診断され、歯科医院等で管理をしている場合は、引き続きかかりつけの歯科医師の指示に従ってください。



## (2) 結核検診

### 1 対象・期間・内容

	小学校・中学校・特別支援学校 中等教育学校前期課程（1～3年）	高等学校 中等教育学校後期課程（4～6年）
対象者	全学年	高等学校・・・1学年 中等教育学校後期課程・・・4学年 前年度対象者で未受検だった者
実施期間	6月30日まで	6月30日まで
検診内容	問診票による問診調査 ↓ 学校医による診察 (内科健診と同時に実施)	胸部X線撮影

### 2 小・中学校の児童生徒に対する定期健康診断における結核検診の流れ

#### (1) 問診（対象：全学年）

- 質問1：本人の結核罹患歴
- 質問2：本人の予防投薬歴
- 質問3：家族の結核罹患歴
- 質問4：外国での居住歴
- 質問5：2週間以上続く「せき」や「たん」
- 質問6：BCG接種歴

(2) 学校での流れ

ア 質問1～質問5がすべて「いいえ」で、  
質問6が「はい」の者

↓

内科健診時、問診票：不要  
精密検査：不要

イ 質問1～質問3で、いずれか一つでも「はい」で、  
過去に同じ内容で保健給食課へ報告したことがない者

↓

内科健診時、問診票：不要  
保健給食課へ「保健所照会者名簿」と問診票コピーを提出

ウ 質問4が「はい」で、  
補問4-1で高まん延国居住歴が6ヵ月以上あり、  
補問4-2が「いいえ」の者（精密検査対象者）

↓

内科健診時、問診票：不要  
保健給食課へ「結核精密検査対象者名簿」と問診票コピーを提出  
保護者へ「結核検診精密検査について」を渡す  
→保健衛生センターで胸部エックス線検査

エ 質問5が「はい」で、  
補問5-1が「いいえ」の者。

↓

内科健診時、問診票：要  
精密検査：不要  
保健給食課へ報告不要→医師は必要に応じ、医療機関への受診を勧める。  
→養護教諭は保護者に伝える。

オ 質問6が「いいえ」の者。

↓

内科健診時、問診票：不要  
精密検査：不要  
保健給食課へ報告不要→学校は、BCG未接種の記録保存

### 3 その他

#### (1) 高まん延国については下記参照

- ・「学校において予防すべき感染症の解説」〈平成30（2018）年3月発行〉
- ・（文部科学省初等中等教育局健康教育・食育課）令和4年12月23日付け  
事務連絡 学校での結核検診における結核高まん延国の変更について

#### (2) 結核検診フローチャートは「学校における結核対策マニュアル」参照



### (3) 耳鼻咽喉科健康診断

#### 1 日程調整・対象者・内容について

##### (1) 日程調整

###### ア 保健給食課が調整する学校

(ア) 旧新潟市地区の小中学校、中等教育学校、高校

(イ) 牡丹山幼稚園、沼垂幼稚園、西幼稚園、東・西特別支援学校

(ウ) 豊栄地区（富山医師担当校）

###### イ 上記以外は、各学校で調整

(2) 対象者 地域の現状に応じた学年

(3) 内容 聴力検査、保健調査票による問診、医師の診察

#### 2 保健調査について

(1) 保健調査は全員に行う（幼稚園のみ健診対象者のみに行う）。

(2) 健診対象者で健診を受けなかった者は、保健調査票のチェックの有無にかかわらず、また、健診対象以外の者で保健調査票にチェックが付いた者は、「健診未受検」に○を付け、何も書いていない「結果のお知らせ」と両方持たせ、耳鼻咽喉科を受診してもらい、受診後両方提出してもらう。

#### 3 学校医への連絡等について

(1) 中学校・中等教育学校・高校は、健診2週間前までを目途に健診人数を校医に報告する。

(2) 健診器具の配置等、事前に校医と打合せをする。

(3) 健診前日、校医に健診依頼をする。

(4) 健診が始まる前に実績報告書に記名してもらい、健診終了後空欄を埋め、連絡便で保健給食課へ提出する。

(5) 校医が変更となった場合や養護教諭が交代となった場合は、新年度になったら早めに養護教諭から学校医へ連絡をする。

(6) 校医への相談は「耳鼻咽喉科に関わる健康相談票」（耳－2）を活用する。

耳鼻咽喉科に関わる健康相談票 〈相談〉（養護教諭→学校医）

相談日：令和 年 月 日

学校名： 小学校、中学校、高校 養護教諭氏名：

学校医氏名：

相談内容のカテゴリー（該当するものに○をつけてください）

- |                 |                    |
|-----------------|--------------------|
| 1. 児童生徒の病気について  | 2. 児童生徒の健康管理について   |
| 3. 健康診断について     | 4. 健康教育（委員会含む）について |
| 5. 病気などに関する疑問など | 6. その他             |

相談の要点（添付資料 あり なし）

相談内容

耳鼻咽喉科に関わる健康相談票 〈回答〉（学校医→養護教諭）

回答日：令和 年 月 日

回答者（学校医と回答者が異なる場合のみ記入）：

回答の要点（添付資料 あり なし）

回答内容

## (4) 眼科健康診断

- 1 時期 4月～6月
  - 2 学校医による眼科健康診断（疾患）
  - 3 視力検査
- } 各学校で計画を立て実施する。
- 特に低学年は片眼から見えないことのないよう、視力は正しく測定すること。**
- 4 色覚検査：平成 15 年度から児童生徒の定期健康診断の必須項目から削除された。このことについては、色覚への対応が必要ないということの意味するものでなく、色覚に不安があったり異常を有したりする児童生徒が学校において、安全で健康な生活を送るために、今後も適切な指導や教育上の配慮が重要になる。眼科校医と協議の上、また実施にあたっては、保護者の同意を得て実施のこと。  
なお、色覚異常については、正しい知識を持って児童生徒に接するとともに学習指導や進路指導において適切な指導を行うことができるよう、職員研修等の場を活用し文部科学省発行「色覚に関する指導の資料」（H16 に 2 冊配布）等により、教職員の意識啓発を図ること。
  - 5 検査終了後の事後措置 受診勧告書により保護者にお知らせする
  - 6 検査終了後の結果集計 C4th 保健機能への入力、または定期健康診断結果集計表により報告する

### 入力上の注意

#### 《眼科健康診断》

- (1) 異常のある者については、疾病・異常のある者の実人数を入力する。
- (2) アレルギー性眼疾は、アレルギー性結膜炎、アトピー性眼瞼縁炎を含み、保健調査等により把握している者も含める。
- (3) 記載以外の疾病は、「その他の疾病・異常」欄に入力する。

#### 《視力》

- (1) 両眼の視力に差がある場合は、低いほうの数値で区分する。
- (2) 医療機関で再度裸眼視力検査を行った場合はその結果に基づいて集計する。
- (3) 省略したもの・・・眼鏡等を使用しているため裸眼視力検査を省略し、矯正視力のみ検査した者の人数を入力する。

**※眼鏡等を使用している者で、裸眼視力と矯正視力を測定した場合は、「省略したもの」の欄にのみ、入力する。**

- (4) 測定困難……………検査のできなかった者の人数を記入する。

#### 《色覚》

- (1) 受検者数……………色覚検査を受けた者の人数を該当欄に入力する。
- (2) 異常のある者については、異常のある者の人数を該当欄に入力する。

年 月 日

保 護 者 様

学校名

### 色覚の検査について

先天色覚異常は男子の約5%（20人に1人）、女子の約0.2%（500人に1人）の割合にみられます。色が全くわからないというわけではなく、色によって見分けにくいことがある程度で、日常生活にはほとんど不自由はありません。しかし、状況によっては色を見誤って周囲から誤解を受けることや色を使った授業の一部が理解しにくいことがあるため、学校生活では配慮が望まれます。

本人は自覚のない場合が多く、児童生徒等が検査を受けるまで、保護者もそのことに気付いていない場合が少なくありません。治療方法はありませんが、授業を受けるに当たり、また職業・進路選択に当たり、自分自身の色の見え方を知っておくためにもこの検査は大切です。

本校では学校医と相談した結果、色覚異常の児童生徒等に配慮した指導ができるよう、希望者を対象にした色覚の検査を行うことにしました。検査結果は保護者にお知らせします。

以上をご理解いただき、下記検査申込書の「希望します・希望しません」のいずれかに○をつけて、  
\_\_\_\_月\_\_\_\_日までに学級担任にご提出ください。

----- き り と り -----

### 色覚の検査申込書

年 月 日

新潟市立 学校長 様

- 1 色覚の検査を希望します
- 2 色覚の検査を希望しません

\_\_\_\_年 \_\_\_\_組

児童生徒氏名 \_\_\_\_\_

保護者名 \_\_\_\_\_

## (5) 運動器検診

### 1 検診の対象と実施内容

	一次検診	二次検診	精密検査
対 象	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 脊柱側わん症は全員</li> <li>・ 四肢は保健調査票のイ、⑤～⑩の項目で「ある」の者</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 一次検診による該当者</li> <li>② 前年度二次検診の結果、「B要観察」と判定された者</li> <li>③ 前年度精密検査の結果、「B2学校で要観察」と判定された者</li> </ul>	二次検診で「A要医療」と判定された者
時 期	4～6月	6月中旬～7月中旬	なるべく早く
内 容	保健調査票に基づき、内科学校医による検診	整形外科医師が各学校を巡回 <ul style="list-style-type: none"> <li>① 新潟大学等の医師による巡回</li> <li>② 開業医による巡回</li> </ul>	〈脊柱側わん症検診〉 新潟大学医歯学総合病院整形外科「側わん症外来」を受診  〈四肢の検診〉 専門医（整形外科）を受診  ※どちらも保険診療
結 果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 所見なし</li> <li>・ 所見あり</li> </ul>	C 心配なし  B 要観察  （次年度二次検診対象者）  A 要医療	C 心配なし  B2 学校で要観察 （来年二検対象者）  B1 医療機関で要観察  A 要医療

### 2 二次検診の流れ

#### (1) 対象者の把握および日程調整

##### ① 新潟大学等の医師による巡回を行う学校

- ・ 保健給食課が該当者等を取りまとめ、巡回日程を決定します

##### ② 開業医による巡回を行う学校

- ・ 内科健康診断等の結果を基に、該当人数を把握
- ・ 二次検診担当の開業医と日程調整する（グループ毎にリーダーを決め、調整する）

### 3 二次検診の準備

#### (1) 「脊柱側わん症検診票」、「四肢の検診票」の作成

ア 検診当日に使用する

※一次検診の所見を必ず転記し、氏名のみでなく身長等必要事項を記入する

イ 検診票は継続して使用する

ウ 中学進学時、検診票を引き継ぐ

#### (2) 「二次脊柱側わん症検診名簿」、「二次四肢の検診受検者名簿」の作成

ア 検診当日は使用しない

イ 氏名は男女別に記入する

ウ 該当者が少ない場合は1枚の用紙に、多い場合は用紙を男女別に分け作成する

### 4 二次検診後の処理

(1) 二次検診の結果を「二次脊柱側わん症検診受検者名簿」「二次四肢の検診受検者名簿」に転記し、コピーを保健給食課へ提出する

(2) 保護者に二次検診結果を通知し、「A要医療」と判定された者へ精密検査用の書類も併せて渡す

### 5 精密検査後の処理

(1) 医療機関で精密検査した結果が保護者から提出されたら、すみやかにコピーを保健給食課へ送付する

\* 脊柱側わん ⇒ 「脊柱側わん症検診票」の精密検査結果が記載されたもの

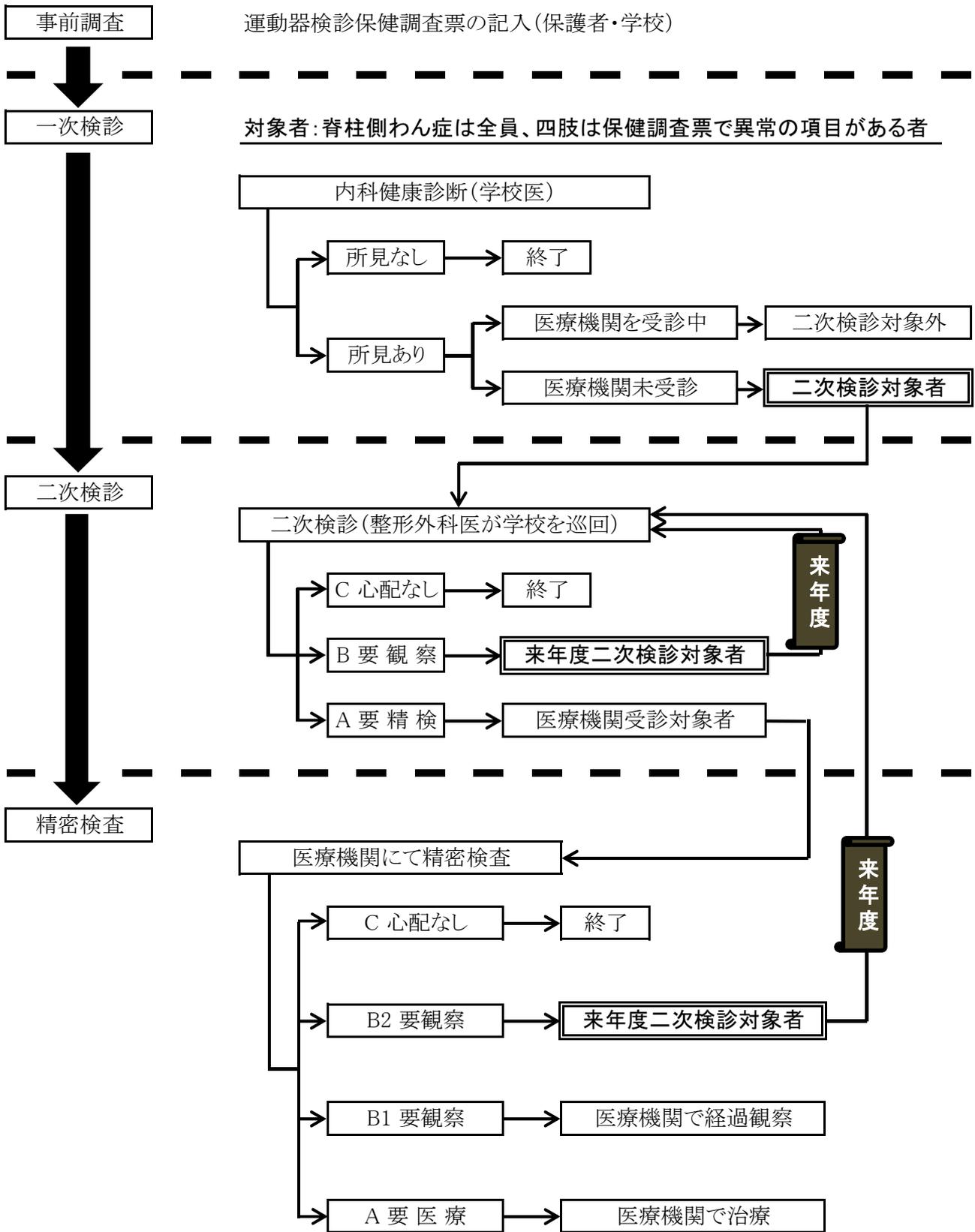
\* 四 肢 ⇒ 「四肢の検診票」の精密検査結果が記載されたもの  
「第二次運動器（四肢）の検診結果について（お知らせ）」の整形外科受診結果報告書が記載されたもの

(2) 各検診票の「精密検査結果」に従い、翌年度の二次検診対象者を抽出する。（運－3）

### 6 その他

詳細は、通知文を参照してください。

# 新潟市運動器検診システム





## (6) 尿検査

### 1 尿検査

対 象	児童生徒等全員
検査日程調整	保健給食課
検査時期	4月～6月（精密検査は5月～7月上旬予定）
検査内容	① 検体 早朝尿 ② 検査項目 一次検査（蛋白・潜血・糖） 二次検査（蛋白・潜血・糖・沈渣）
検査方法	① 検尿セットを配布 ② 早朝尿をとる⇒採尿容器入袋に入れて提出 ③ 委託検査機関が各学校を巡回し検体回収
検査結果	異常なし・二次検査必要 ⇒ 委託検査機関より通知 精密検査必要 ⇒ 保健給食課から通知 ⇒ 一次精密検査の実施へ

#### <注意事項>

- \* 前日就寝時は必ず排尿する
- \* ビタミンCの多く含んだ生ジュース等は摂取しない

#### <留意事項>

- \* 検体を委託検査機関に渡すときに検体が袋から飛び出したり、袋がやぶれたりしていないか確認する（提出者不明の検体がある）

特に予備日の提出時は数校の学校が混在するので、注意する

- \* 回収まではなるべく暗く涼しい場所に保管する
- \* 検査日に持参できなかった場合
  - ① 近くの学校に持参
  - ② 予備日に指定の学校に持参
  - ③ 検査機関に直接午前中に運ぶ
  - ④ 尿二次検査の日に一次検査の検体提出も可能

- \*すでに診断名があり、医療機関に受診している場合も尿一次検査は実施する（原則）

尿二次検査は、保護者等が希望しない場合は実施せず、かかりつけの医療機関受診することも可能（委託健診機関に提出しないことをメモ等で連絡する）

### 2 尿検査で精密検査が必要になった場合

保護者に通知を渡して2つの健診方法から選んでもらう

- 1) 一次精密検査をメジカルセンターで受診

⇒ 腎臓病 → 別紙①②と採尿セットを保護者に渡す

糖尿病 → 別紙③④と採尿セットを保護者に渡す

日程が都合悪い場合は日程変更可能 ⇒ 保健給食課に連絡し日程変更する



- \* 検査費用 健康保険適用
- \* 医療機関に持参するもの 紹介状・早朝尿（容器は当課より）⇒保護者に渡して説明

<1次糖尿病精密検査で異常が認められた場合>

新潟大学病院 または 一般医療機関（かかりつけ）  
の指定された医療機関に受診する。

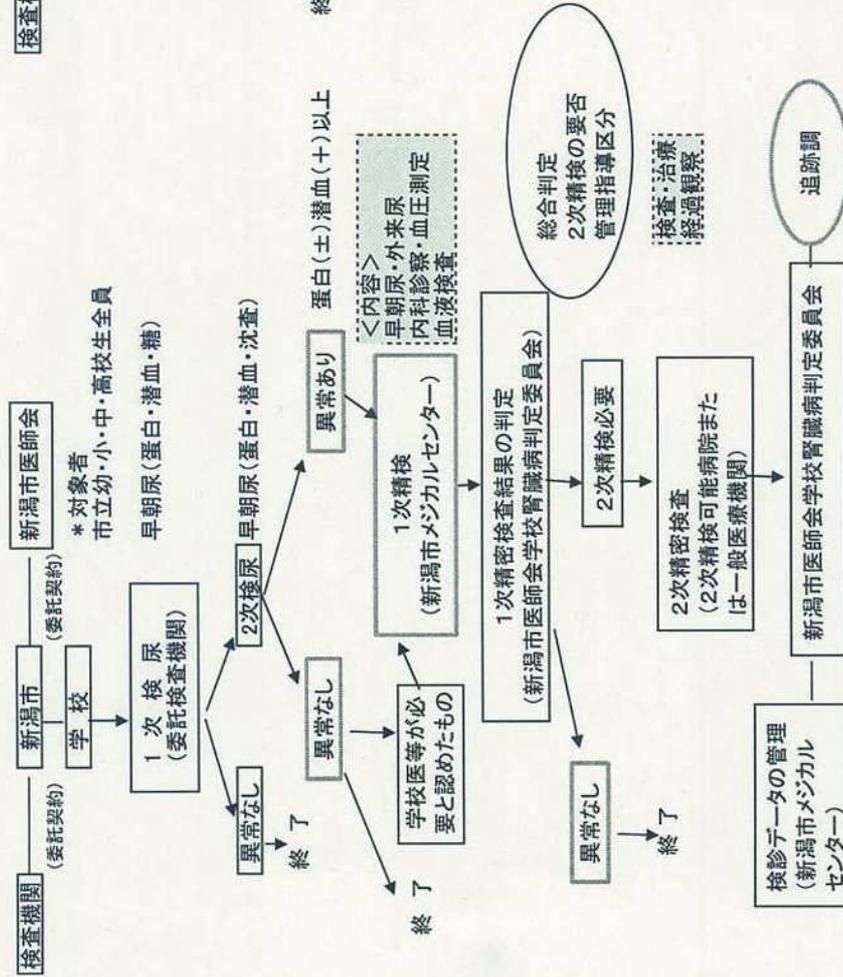
- \* 新潟大学付属医歯学総合病院受診の場合は予約が必要  
⇒ 予約方法は一次検査結果送付時に添付
- \* 検査費用 健康保険適用
- \* 医療機関に持参するもの 紹介状・早朝尿（容器は当課より）⇒保護者に渡して説明

- 4 尿所見（一）児童生徒のうち学校長・学校医等が必要と認める者の腎臓病・糖尿病精密検査の実施について ⇒ 通知文参照

尿検査受診後、所見（一）であった児童生徒のうち、学校長・学校医等が必要と認める者は腎臓病・糖尿病精密検査に該当  
精密検査日 ⇒ 保健給食課で指定

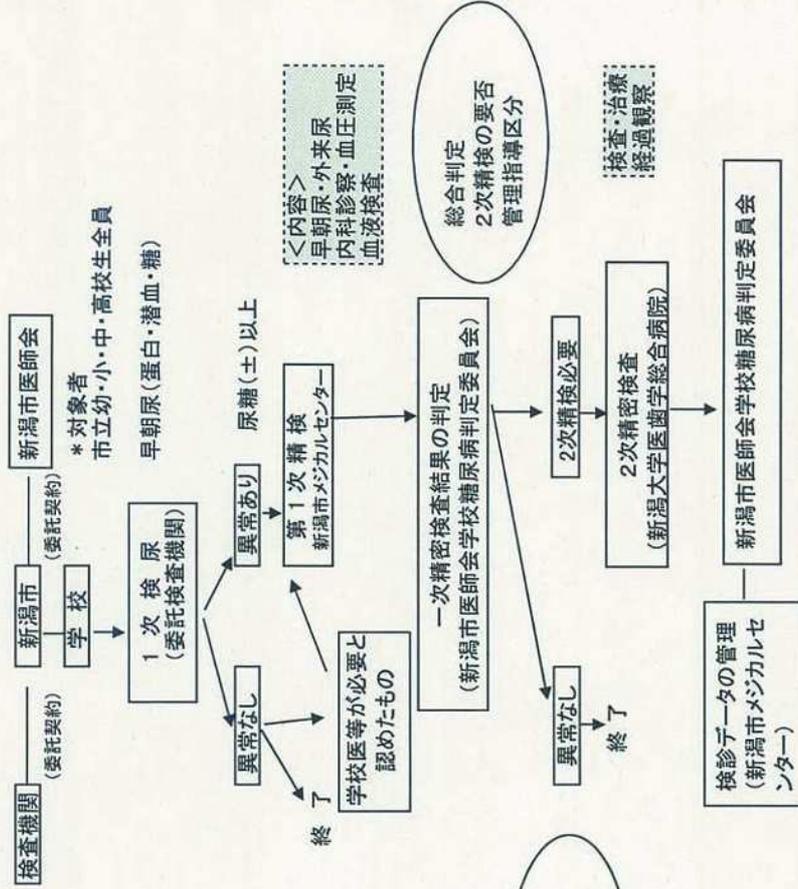
- \*すでに医療機関にかかったことがあり、放置している場合は、医療機関受診を勧める

### 新潟市腎臓病検診システム



- \* 1次検尿で「糖」陽性者は学校糖尿病の1次精密検診を受診する
- \* 1次検尿・2次検尿の検査方法は試験紙法による
- \* すでに医療機関で経過観察や治療をしている場合は、1次精密検査を受診せず
- \* 医療機関を受診することも可能
- \* 幼児は精密検査はなく医療機関受診勧奨
- \* 追跡調査はメジカルセンターを受診し経過観察以上になった児童生徒について、確定診断を医療機関に問い合わせるもの

### 新潟市糖尿病検診システム



- \* 1次検尿の検査方法は試験紙法による
- \* すでに医療機関で経過観察や治療をしている場合は、1次精密検査を受診せず
- \* 医療機関を受診することも可能
- \* 幼児は精密検査はなく医療機関受診勧奨

別紙①  
 年月日  
 学校が保護者に渡す日を記入  
 保護者様  
 新潟市教育委員会  
 (担当 保健給食課)

腎臓病精密検査の実施について (お知らせ)

さきに行いましたお子さんの尿一及び二次検査の結果、尿中の蛋白または潜血が陽性でした。詳しい検査が必要ですので下記のとおり受診されますようお知らせいたします。  
 なお、検査当日は、お子さんの普段の健康状態がわかるかたの付添いをお願いいたします。  
 精密検査の結果については、「新潟市医師会学校腎臓病判定委員会(※)」で慎重に検討し、腎臓病の有無や医療機関の紹介・学校生活における管理指導方法などを後日お知らせいたします。

記

学校名	児童生徒名	氏名	年 組 番
-----	-------	----	-------

1 日 時 年 月 日 ( ) 受付時間 午後1時～1時30分  
 検査開始 午後1時30分

2 検査会場 新潟市総合保健医療センター 1階  
**新潟市医師会メジカルセンター**  
 新潟市中央区紫竹山3丁目3-11  
 (新潟市急患診療センターと同じ建物です)  
 電話：025-240-4134

3 持参するもの  
 (1) 「早朝尿」 ⇒ 尿のとりにかたについては、裏面をごらんください。  
 (2) 「腎臓病検査調査票・腎臓病検査票」  
 (保護者記入欄は必ずご記入ください)

4 検査内容 「問診」「内科診察」「尿検査(早朝尿・外来尿)」「血液検査」  
 (注：外来尿とはメジカルセンターで行う採尿をいいます。)

5 検査費用 無料(新潟市が負担します。)

6 指定された日に受診できない場合  
 日程の変更が可能です。早めに学校へご連絡ください。(ただし、日程が限られます。)  
 都合により医療機関を受診する場合は、お渡しする書類がありますので、受診前に必ず学校へご連絡ください。

7 すでに治療中または経過観察している場合  
 この精密検査は受診せず現在にかかっている医療機関を受診してください。  
 その場合、受診時に必要な書類がありますので、受診前に必ず学校に連絡し書類をもらい受診してください。

8 6・7とも保険診療となりますので「健康保険証」等もお持ちください。また、「学校生活管理指導表」の記入については、医療機関によっては、文書料として有料になる場合がありますのでご了承ください。受診後の書類は速やかに学校へ提出してください。

※「新潟市医師会学校腎臓病判定委員会」とは、新潟市教育委員会の委託により腎臓病の疑いのある児童生徒の精密検査の結果を判定し、学校における管理指導の区分等を定めるために、新潟大学医学総合病院、新潟市民病院などの専門医で組織している委員会です。

腎臓病検査調査票

別紙②  
 年度  
 \*は学校で記入してください  
 <医療機関受診用>

* 学 番	* 学校名	新潟市立 小・中・中等・高校		年 組 番
フリガナ	生年月日	年 月 日 ( )	年 月 日 ( )	1 男 2 女
児童生徒名	保護者氏名	電話番号		
住 所	新潟市 区	出生体重 ( ) 妊娠期間( 週 )		
運動クラブ参加活動の参加	1 あり ( ) クラブ部 2 ない			
既往歴・自覚症状	ある・ない			
1 現在病気で受診している。(病名)	1) 腎臓病	尿検査	尿検査	尿検査
2 扁桃炎などを起こす	2) 糖尿病	尿検査	尿検査	尿検査
3 腎臓や膀胱の病気・血尿・蛋白尿をいわれたことがある	尿検査	尿検査	尿検査	尿検査
4 家族歴	1) 腎臓病	尿検査	尿検査	尿検査
5 糖尿病	尿検査	尿検査	尿検査	尿検査
6 最近、顔色が悪いと思う	尿検査	尿検査	尿検査	尿検査
7 最近むくみがある	尿検査	尿検査	尿検査	尿検査
8 最近疲れやすい	尿検査	尿検査	尿検査	尿検査
9 その他、気がついていることを記入してください。	尿検査	尿検査	尿検査	尿検査

(学校記入欄)

測定年月日	年 月 日	精検理由	1. 1次検尿陽性者 2. 学校希望者
身長	cm 体重 kg	尿検査	尿検査
1次検尿	蛋白(24時間) 潜血 糖	尿検査	尿検査
2次検尿	尿検査	尿検査	尿検査

【精密検査】

病児又は病児時間	今回をはじめ	年 月 日	年 月 日
病児又は病児時間	1. 幼児検尿	2. 学校検尿	3. 自覚症状又は急性発症
病児又は病児時間	4. その他	5. 尿検査	6. 尿検査
病児又は病児時間	7. 尿検査	8. 尿検査	9. 尿検査
病児又は病児時間	10. 尿検査	11. 尿検査	12. 尿検査
病児又は病児時間	13. 尿検査	14. 尿検査	15. 尿検査
病児又は病児時間	16. 尿検査	17. 尿検査	18. 尿検査
病児又は病児時間	19. 尿検査	20. 尿検査	21. 尿検査
病児又は病児時間	22. 尿検査	23. 尿検査	24. 尿検査
病児又は病児時間	25. 尿検査	26. 尿検査	27. 尿検査
病児又は病児時間	28. 尿検査	29. 尿検査	30. 尿検査
病児又は病児時間	31. 尿検査	32. 尿検査	33. 尿検査
病児又は病児時間	34. 尿検査	35. 尿検査	36. 尿検査
病児又は病児時間	37. 尿検査	38. 尿検査	39. 尿検査
病児又は病児時間	40. 尿検査	41. 尿検査	42. 尿検査
病児又は病児時間	43. 尿検査	44. 尿検査	45. 尿検査
病児又は病児時間	46. 尿検査	47. 尿検査	48. 尿検査
病児又は病児時間	49. 尿検査	50. 尿検査	51. 尿検査
病児又は病児時間	52. 尿検査	53. 尿検査	54. 尿検査
病児又は病児時間	55. 尿検査	56. 尿検査	57. 尿検査
病児又は病児時間	58. 尿検査	59. 尿検査	60. 尿検査
病児又は病児時間	61. 尿検査	62. 尿検査	63. 尿検査
病児又は病児時間	64. 尿検査	65. 尿検査	66. 尿検査
病児又は病児時間	67. 尿検査	68. 尿検査	69. 尿検査
病児又は病児時間	70. 尿検査	71. 尿検査	72. 尿検査
病児又は病児時間	73. 尿検査	74. 尿検査	75. 尿検査
病児又は病児時間	76. 尿検査	77. 尿検査	78. 尿検査
病児又は病児時間	79. 尿検査	80. 尿検査	81. 尿検査
病児又は病児時間	82. 尿検査	83. 尿検査	84. 尿検査
病児又は病児時間	85. 尿検査	86. 尿検査	87. 尿検査
病児又は病児時間	88. 尿検査	89. 尿検査	90. 尿検査
病児又は病児時間	91. 尿検査	92. 尿検査	93. 尿検査
病児又は病児時間	94. 尿検査	95. 尿検査	96. 尿検査
病児又は病児時間	97. 尿検査	98. 尿検査	99. 尿検査
病児又は病児時間	100. 尿検査	101. 尿検査	102. 尿検査
病児又は病児時間	103. 尿検査	104. 尿検査	105. 尿検査
病児又は病児時間	106. 尿検査	107. 尿検査	108. 尿検査
病児又は病児時間	109. 尿検査	110. 尿検査	111. 尿検査
病児又は病児時間	112. 尿検査	113. 尿検査	114. 尿検査
病児又は病児時間	115. 尿検査	116. 尿検査	117. 尿検査
病児又は病児時間	118. 尿検査	119. 尿検査	120. 尿検査
病児又は病児時間	121. 尿検査	122. 尿検査	123. 尿検査
病児又は病児時間	124. 尿検査	125. 尿検査	126. 尿検査
病児又は病児時間	127. 尿検査	128. 尿検査	129. 尿検査
病児又は病児時間	130. 尿検査	131. 尿検査	132. 尿検査
病児又は病児時間	133. 尿検査	134. 尿検査	135. 尿検査
病児又は病児時間	136. 尿検査	137. 尿検査	138. 尿検査
病児又は病児時間	139. 尿検査	140. 尿検査	141. 尿検査
病児又は病児時間	142. 尿検査	143. 尿検査	144. 尿検査
病児又は病児時間	145. 尿検査	146. 尿検査	147. 尿検査
病児又は病児時間	148. 尿検査	149. 尿検査	150. 尿検査
病児又は病児時間	151. 尿検査	152. 尿検査	153. 尿検査
病児又は病児時間	154. 尿検査	155. 尿検査	156. 尿検査
病児又は病児時間	157. 尿検査	158. 尿検査	159. 尿検査
病児又は病児時間	160. 尿検査	161. 尿検査	162. 尿検査
病児又は病児時間	163. 尿検査	164. 尿検査	165. 尿検査
病児又は病児時間	166. 尿検査	167. 尿検査	168. 尿検査
病児又は病児時間	169. 尿検査	170. 尿検査	171. 尿検査
病児又は病児時間	172. 尿検査	173. 尿検査	174. 尿検査
病児又は病児時間	175. 尿検査	176. 尿検査	177. 尿検査
病児又は病児時間	178. 尿検査	179. 尿検査	180. 尿検査
病児又は病児時間	181. 尿検査	182. 尿検査	183. 尿検査
病児又は病児時間	184. 尿検査	185. 尿検査	186. 尿検査
病児又は病児時間	187. 尿検査	188. 尿検査	189. 尿検査
病児又は病児時間	190. 尿検査	191. 尿検査	192. 尿検査
病児又は病児時間	193. 尿検査	194. 尿検査	195. 尿検査
病児又は病児時間	196. 尿検査	197. 尿検査	198. 尿検査
病児又は病児時間	199. 尿検査	200. 尿検査	201. 尿検査
病児又は病児時間	202. 尿検査	203. 尿検査	204. 尿検査
病児又は病児時間	205. 尿検査	206. 尿検査	207. 尿検査
病児又は病児時間	208. 尿検査	209. 尿検査	210. 尿検査
病児又は病児時間	211. 尿検査	212. 尿検査	213. 尿検査
病児又は病児時間	214. 尿検査	215. 尿検査	216. 尿検査
病児又は病児時間	217. 尿検査	218. 尿検査	219. 尿検査
病児又は病児時間	220. 尿検査	221. 尿検査	222. 尿検査
病児又は病児時間	223. 尿検査	224. 尿検査	225. 尿検査
病児又は病児時間	226. 尿検査	227. 尿検査	228. 尿検査
病児又は病児時間	229. 尿検査	230. 尿検査	231. 尿検査
病児又は病児時間	232. 尿検査	233. 尿検査	234. 尿検査
病児又は病児時間	235. 尿検査	236. 尿検査	237. 尿検査
病児又は病児時間	238. 尿検査	239. 尿検査	240. 尿検査
病児又は病児時間	241. 尿検査	242. 尿検査	243. 尿検査
病児又は病児時間	244. 尿検査	245. 尿検査	246. 尿検査
病児又は病児時間	247. 尿検査	248. 尿検査	249. 尿検査
病児又は病児時間	250. 尿検査	251. 尿検査	252. 尿検査
病児又は病児時間	253. 尿検査	254. 尿検査	255. 尿検査
病児又は病児時間	256. 尿検査	257. 尿検査	258. 尿検査
病児又は病児時間	259. 尿検査	260. 尿検査	261. 尿検査
病児又は病児時間	262. 尿検査	263. 尿検査	264. 尿検査
病児又は病児時間	265. 尿検査	266. 尿検査	267. 尿検査
病児又は病児時間	268. 尿検査	269. 尿検査	270. 尿検査
病児又は病児時間	271. 尿検査	272. 尿検査	273. 尿検査
病児又は病児時間	274. 尿検査	275. 尿検査	276. 尿検査
病児又は病児時間	277. 尿検査	278. 尿検査	279. 尿検査
病児又は病児時間	280. 尿検査	281. 尿検査	282. 尿検査
病児又は病児時間	283. 尿検査	284. 尿検査	285. 尿検査
病児又は病児時間	286. 尿検査	287. 尿検査	288. 尿検査
病児又は病児時間	289. 尿検査	290. 尿検査	291. 尿検査
病児又は病児時間	292. 尿検査	293. 尿検査	294. 尿検査
病児又は病児時間	295. 尿検査	296. 尿検査	297. 尿検査
病児又は病児時間	298. 尿検査	299. 尿検査	300. 尿検査
病児又は病児時間	301. 尿検査	302. 尿検査	303. 尿検査
病児又は病児時間	304. 尿検査	305. 尿検査	306. 尿検査
病児又は病児時間	307. 尿検査	308. 尿検査	309. 尿検査
病児又は病児時間	310. 尿検査	311. 尿検査	312. 尿検査
病児又は病児時間	313. 尿検査	314. 尿検査	315. 尿検査
病児又は病児時間	316. 尿検査	317. 尿検査	318. 尿検査
病児又は病児時間	319. 尿検査	320. 尿検査	321. 尿検査
病児又は病児時間	322. 尿検査	323. 尿検査	324. 尿検査
病児又は病児時間	325. 尿検査	326. 尿検査	327. 尿検査
病児又は病児時間	328. 尿検査	329. 尿検査	330. 尿検査
病児又は病児時間	331. 尿検査	332. 尿検査	333. 尿検査
病児又は病児時間	334. 尿検査	335. 尿検査	336. 尿検査
病児又は病児時間	337. 尿検査	338. 尿検査	339. 尿検査
病児又は病児時間	340. 尿検査	341. 尿検査	342. 尿検査
病児又は病児時間	343. 尿検査	344. 尿検査	345. 尿検査
病児又は病児時間	346. 尿検査	347. 尿検査	348. 尿検査
病児又は病児時間	349. 尿検査	350. 尿検査	351. 尿検査
病児又は病児時間	352. 尿検査	353. 尿検査	354. 尿検査
病児又は病児時間	355. 尿検査	356. 尿検査	357. 尿検査
病児又は病児時間	358. 尿検査	359. 尿検査	360. 尿検査
病児又は病児時間	361. 尿検査	362. 尿検査	363. 尿検査
病児又は病児時間	364. 尿検査	365. 尿検査	366. 尿検査
病児又は病児時間	367. 尿検査	368. 尿検査	369. 尿検査
病児又は病児時間	370. 尿検査	371. 尿検査	372. 尿検査
病児又は病児時間	373. 尿検査	374. 尿検査	375. 尿検査
病児又は病児時間	376. 尿検査	377. 尿検査	378. 尿検査
病児又は病児時間	379. 尿検査	380. 尿検査	381. 尿検査
病児又は病児時間	382. 尿検査	383. 尿検査	384. 尿検査
病児又は病児時間	385. 尿検査	386. 尿検査	387. 尿検査
病児又は病児時間	388. 尿検査	389. 尿検査	390. 尿検査
病児又は病児時間	391. 尿検査	392. 尿検査	393. 尿検査
病児又は病児時間	394. 尿検査	395. 尿検査	396. 尿検査
病児又は病児時間	397. 尿検査	398. 尿検査	399. 尿検査
病児又は病児時間	400. 尿検査	401. 尿検査	402. 尿検査
病児又は病児時間	403. 尿検査	404. 尿検査	405. 尿検査
病児又は病児時間	406. 尿検査	407. 尿検査	408. 尿検査
病児又は病児時間	409. 尿検査	410. 尿検査	411. 尿検査
病児又は病児時間	412. 尿検査	413. 尿検査	414. 尿検査
病児又は病児時間	415. 尿検査	416. 尿検査	417. 尿検査
病児又は病児時間	418. 尿検査	419. 尿検査	420. 尿検査
病児又は病児時間	421. 尿検査	422. 尿検査	423. 尿検査
病児又は病児時間	424. 尿検査	425. 尿検査	426. 尿検査
病児又は病児時間	427. 尿検査	428. 尿検査	429. 尿検査
病児又は病児時間	430. 尿検査	431. 尿検査	432. 尿検査
病児又は病児時間	433. 尿検査	434. 尿検査	435. 尿検査
病児又は病児時間	436. 尿検査	437. 尿検査	438. 尿検査
病児又は病児時間	439. 尿検査	440. 尿検査	441. 尿検査
病児又は病児時間	442. 尿検査	443. 尿検査	444. 尿検査
病児又は病児時間	445. 尿検査	446. 尿検査	447. 尿検査
病児又は病児時間	448. 尿検査	449. 尿検査	450. 尿検査
病児又は病児時間	451. 尿検査	452. 尿検査	453. 尿検査
病児又は病児時間	454. 尿検査	455. 尿検査	456. 尿検査
病児又は病児時間	457. 尿検査	458. 尿検査	459. 尿検査
病児又は病児時間	460. 尿検査	461. 尿検査	462. 尿検査
病児又は病児時間	463. 尿検査	464. 尿検査	465. 尿検査
病児又は病児時間	466. 尿検査	467. 尿検査	468. 尿検査
病児又は病児時間	469. 尿検査	470. 尿検査	471. 尿検査
病児又は病児時間	472. 尿検査	473. 尿検査	474. 尿検査
病児又は病児時間	475. 尿検査	476. 尿検査	477. 尿検査
病児又は病児時間	478. 尿検査	479. 尿検査	480. 尿検査
病児又は病児時間	481. 尿検査	482. 尿検査	483. 尿検査
病児又は病児時間	484. 尿検査	485. 尿検査	486. 尿検査
病児又は病児時間	487. 尿検査	488. 尿検査	489. 尿検査
病児又は病児時間	490. 尿検査	491. 尿検査	492. 尿検査
病児又は病児時間	493. 尿検査	494. 尿検査	495. 尿検査
病児又は病児時間	496. 尿検査	497. 尿検査	498. 尿検査
病児又は病児時間	499. 尿検査	500. 尿検査	501. 尿検査
病児又は病児時間	502. 尿検査	503. 尿検査	504. 尿検査
病児又は病児時間	505. 尿検査	506. 尿検査	507. 尿検査
病児又は病児時間	508. 尿検査	509. 尿検査	510. 尿検査
病児又は病児時間	511. 尿検査	512. 尿検査	513. 尿検査
病児又は病児時間	514. 尿検査	515. 尿検査	516. 尿検査
病児又は病児			

※は学校で記入してください

年度	新潟市立	小・中・高	年	組	
学校名					
学年	小学校	中学校	高校	1 男 2 女	
フリガナ	生年月日	H	年	月	日
児童生徒氏名	保護者氏名				
住所	電話番号				
運動クラブ参加	1 ある ( )	2 ない ( )	3 経過観察中 ( )	4 その他 ( )	
既往歴・自覚症状	ある ( ) ない ( )				
1 現在病気で受診している。(病名)					
2 痛風発作をきたしたことがある					
3 腎臓や膀胱の病氣、血尿・蛋白尿をいわれたことがある					
4 薬投薬にかかったことがある					
5 難聴がある					
6 最近、顔色が悪いと思う					
7 最近むくみがある					
8 最近疲れやすい					
9 家族歴					
1) 家族の中で腎臓の病氣、腎臓結石をした人はいますか。	いる ( ) いない ( )				
2) いる場合、どなたですか。(父・母・兄・姉・妹・父方祖父・母方祖父・母方祖母・その他)					
3) いる場合、どなたですか。(父・母・兄・姉・妹・父方祖父・父方祖母・母方祖父・母方祖母・その他)					
その他、気がついていることを記入してください。					

(学校記入欄)

※測定年月日

身長	体重	kg
蛋白(ズル)	潜血	糖
1次尿	赤血球	白血球
2次尿	上尿細胞	その他
	/HPF	/HPF

※精査理由

- 1-2次尿検査陽性者
2. 学校希望者

(精密検査)

※今回はじめて

※以前から(平成 年)又は( 年生)

1. 初見検査
2. 学校検査
3. 自覚症状又は急性発症
4. その他 ( )

☆ 該当の番号に○をつけ、裏面を参考にして、診断名の番号の記入をお願いします。

1. 異常所見は認められない。
2. 暫定診断名 (確定診断に至らず、経過観察中のもの)
  - A-( )
  - その他(所見記載)
3. 確定診断名 (腎生検組織診断・画像診断などにより診断が確定しているもの)
  - B-( )
  - その他( )

※必要事項を記入し、該当を○で囲んでください。この用紙は精密検査の当日持参してください。

発見動機	1. 受診不要	2. 要観察	3. 要治療
指示	1. A	2. B	3. C
管理指導区分	4. D	5. E	6. 管理不要
運動クラブ参加	( )	参加	可(相)
現況	1. 治療中	2. 経過観察中	3. 治療
	4. 転医(転医先: )	5. その他( )	

年 月 日 医師名

\*下記の診断名を参考にして、表面に番号の記入をお願いします。

A. 暫定診断名(Bの確定診断に至らず、経過観察中のもの)

無症候性蛋白尿	1
無症候性血尿 血尿群1(尿沈渣 赤血球5-50個/HPF以下)	2
無症候性血尿 血尿群2(尿沈渣 赤血球51個/HPF以上)	3
血尿・蛋白尿(診断未確定)	4
その他(所見記載)	5

該当する診断名がない時は、必ずその他の( )内に診断名を記載ください。

B. 確定診断があるものは記入不要

B. 確定診断名(腎生検組織診断・画像診断などにより診断が確定しているもの)

生理的蛋白尿	体位性蛋白尿 (前弯負荷試験実施、早朝尿蛋白陰性の確認)	1
無症候性血尿を呈するもの	家族性良性血尿 (家族歴)	2
	菲薄基底膜症候群 (腎生検診断)	3
	ナットクラッカー現象 (画像診断)	4
	高カルシウム尿症 (尿中Ca高値)	5
	腎・尿路結石 (画像診断)	6
	急性・慢性糸球体疾患 (原発性・二次性・遺伝性を含む)	急性糸球体腎炎 溶連菌感染既往歴、ASO上昇、補体低下、高血圧など臨床症状・経過 (腎生検診断)
IgA腎症 (腎生検診断)		8
紫斑病性腎炎 (腎生検診断、または臨床症状・経過)		9
非IgAメサンギウム増殖性糸球体腎炎 (腎生検診断)		10
膜性増殖性糸球体腎炎 (腎生検診断)		11
膜性腎症 (腎生検診断)		12
微小変異型(ネフローゼ・蛋白尿) (腎生検により診断されたもの)		13
ネフローゼ症候群 ステロイド感受性ネフローゼで診療中、腎生検診断のないもの		14
巣状糸球体硬化症 (腎生検診断)		15
アルポート症候群 (腎生検診断、または家族歴)		16
ルーブス腎炎 (腎生検診断、臨床症状、血液検査所見)		17
尿細管・間質障害	間質性腎炎 (腎生検診断)	18
	特発性尿細管性蛋白尿 (尿中β2MG高値など)	19
腎・尿路奇形に起因する疾患・慢性腎不全を呈するもの	水腎(尿管)症・尿路狭窄 (画像診断)	20
	膀胱尿管逆流症・逆流性腎症 (画像診断、膀胱造影、慢性腎機能障害)	21
	尿路感染症 (逆流症なし、または膀胱造影未実施)	22
	低異形成腎 (画像、腎生検診断、慢性腎機能障害)	23
	多囊胞腎 (画像、腎生検診断、慢性腎機能障害)	24
	ネフロン瘻 (画像、腎生検診断、慢性腎機能障害)	25
	原疾患不明の慢性腎不全	26
その他(診断名記載) (ネイル・マテラ症候群、Lowe症候群など まれな疾患)	27	



(平成23年度改訂)



学校生活管理指導表 (小学生用)

新潟市教育委員会 新潟市医師会学校腎臓病判定委員会

Header form with fields for school name (新潟市立), grade (小学校), name (ふりがな氏名), sex (男・女), birth date (平成 年 月 日生), and medical information (医師 令和 年 月 日, 診断名 (所見名), 医療区分, 指導区分 (要管理) A・B・C・D・E, 運動部 (クラブ) 活動, 医療機関 医師名 印).

※指導区分・運動部 (クラブ) 活動等については裏面を参照して下さい。
※この管理指導表の指示区分は流動的であるため今後、指導区分等を変える場合は、その区分を記入して下さい。但し管理不要の場合は記入の必要はありません。
※管理指導区分を変更した場合は、必ず学校に連絡してください。学校はその後の指示に従ってください。

Main table for elementary school students with columns for medical area (医療区分), sports activity (体育活動), intensity (運動強度), and specific activities. Includes categories like 1. 要医療, 2. 要観察, and 運動領域 (陸上運動系, ボール運動系, etc.).

(保護者用)

※休つきり運動・レジスタンス運動 (等尺運動) を含む。

(平成23年度改訂)



学校生活管理指導表 (中学・中等・高校生用)

新潟市教育委員会 新潟市医師会学校腎臓病判定委員会

Header form for middle school students with fields for school name (新潟市立), grade (中学 中等 高校), name (ふりがな氏名), sex (男・女), birth date (平成 年 月 日生), and medical information (医師 令和 年 月 日, 診断名 (所見名), 医療区分, 指導区分 (要管理) A・B・C・D・E, 運動部 (クラブ) 活動, 医療機関 医師名 印).

※指導区分・運動部 (クラブ) 活動等については裏面を参照して下さい。
※この管理指導表の指示区分は流動的であるため今後、指導区分等を変える場合は、その区分を記入して下さい。但し管理不要の場合は記入の必要はありません。
※管理指導区分を変更した場合は、必ず学校に連絡してください。学校はその後の指示に従ってください。

Main table for middle school students with columns for medical area (医療区分), sports activity (体育活動), intensity (運動強度), and specific activities. Includes categories like 1. 要医療, 2. 要観察, and 運動領域 (球技, 武道, ダンス, etc.).

(保護者用)

※休つきり運動・レジスタンス運動 (等尺運動) を含む。

## (7) 心臓検診

### 1 一次検診・精密検査について

1次検診 = 4月～6月  
 精密検査 = 4月～9月

	1次検診	精密検査
場所	各校・近隣校・成人病検診センター	新潟市医師会メジカルセンター (午後1時から受付・保護者同伴)
対象	<ul style="list-style-type: none"> <li>・小・中・高・中等教育前期課程・特別支援の各1学年全員、中等教育後期課程4学年全員</li> <li>・前年度1次検診対象者で未受検だった者</li> <li>・学校長が特に必要と認めた者</li> <li>・市外からの転入生で心電図の検査を受けていない者</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・1次検診結果、要精密検査の者</li> <li>・前年度からの要経過観察の者</li> <li>・学校医所見で要精密検査と認められた者</li> <li>・市外からの転入生で「要経過観察」の者</li> </ul>
内容	保健調査票 心電図 (H25年度～12誘導)	問診・内科診察・血圧測定 心電図・必要時負荷心電図 心エコー (該当者のみ・実施時期未定)

\*R5年度より、精密検査の内容変更 (胸部レントゲン → 心エコー)

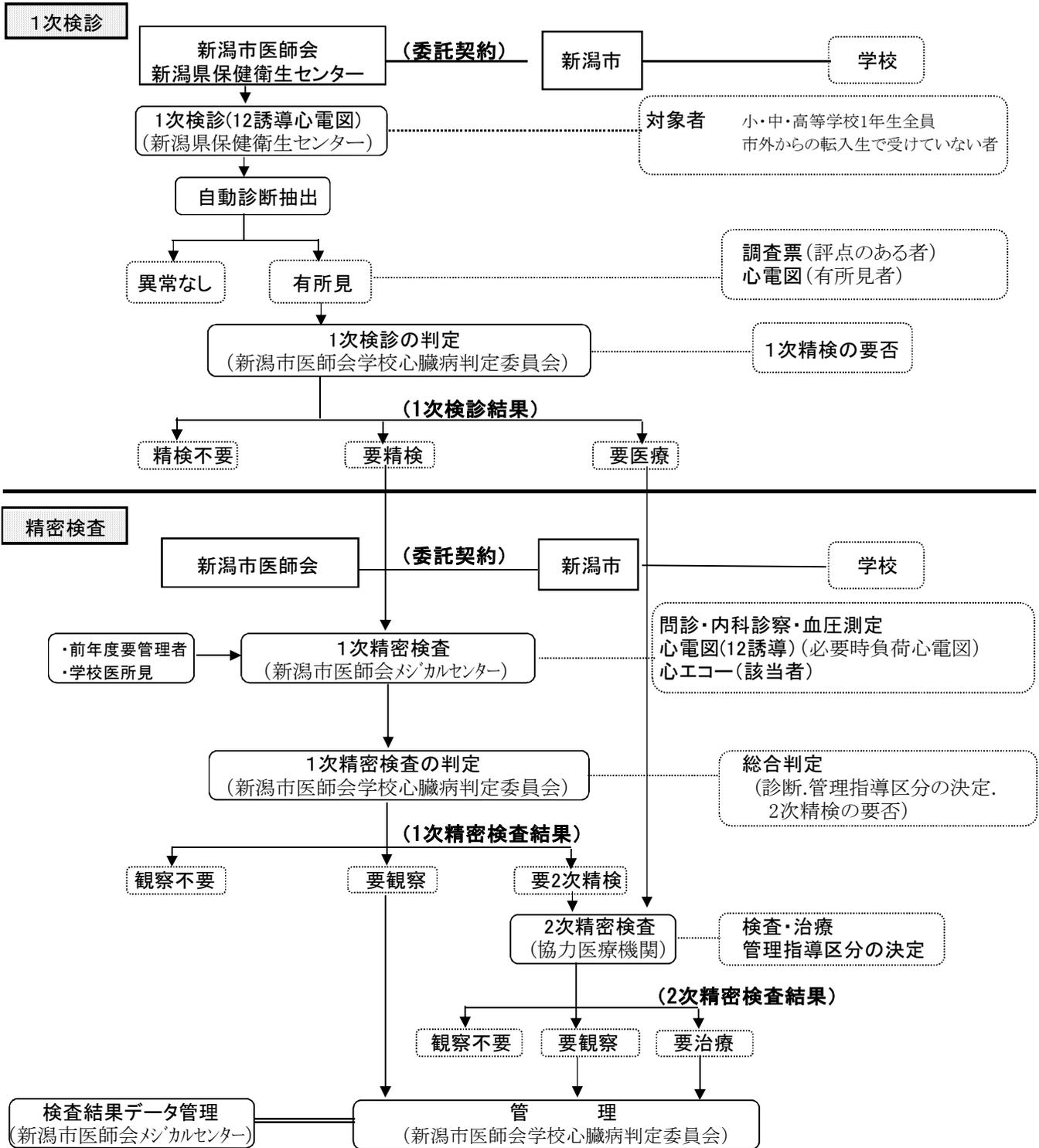
### 2 心臓病精密検査該当者名簿 (追跡検診分) について

- (1) 名簿に「かかりつけ」の印が押してある方へは「学校生活管理指導表」と「心臓病検診精密検査依頼書兼結果通知書」を渡し医療機関を受診してもらう。
- (2) メジカルセンター受診予者は、指定された日にメジカルセンターを受診してもらう (変更可)。

### 3 その他

- (1) 新潟市学校心臓病検診システム (心一2参照)
- (2) 「心臓病検診精密検査依頼書兼結果通知書」には学番を記入する。

# 新潟市学校心臓病検診システム



## (8) 内科健康診断

### 1 目的

内科的疾患がないか、バランスのとれた発育をしているかどうか健診をする。

発育・栄養状態、脊柱及び胸郭の疾病及び異常の有無、皮膚疾患の有無、心臓疾患及び異常の有無、その他の疾病及び異常の有無

### 2 事前準備

- (1) 実施計画の作成、職員との打ち合わせ（職員会議等）
- (2) 連絡調整（学校医との打ち合わせ（日時、人数、準備器具等）
- (3) 会場の準備、検査器具・用具の準備
- (4) 公簿等の整備（健康診断票、保健調査票等）
- (5) 成長曲線・肥満度曲線・治療勧奨用紙（内－2）等の準備、指導資料（学級指導資料）の準備
- (6) 保護者への連絡（保健だより等）

### 3 方法及び留意事項

- (1) 受診時の服装や、検査順序、記録者、スクリーンの使用等
- (2) あらかじめ、保健調査等により、既往症、現病等を把握しておく。
- (3) 児童生徒の発育の評価には、成長曲線等を活用する。（内－3「成長曲線活用の手順」）

### 4 事後措置・事後指導

- (1) 内科健診の結果、学校医が必要と認めた者について保護者へ通知し、専門医への受診を勧め、結果に従って管理・指導を行う。
- (2) 欠席で受けられなかった者がいた場合は、保護者へ連絡し、学校医と連絡を取り、後日受けさせる等受診を勧める。
- (3) 児童生徒の発育の評価については、（内－3）を参照のこと。  
（小4、中1年生は積極的に児童生徒の生活習慣病健診受診を勧奨する。）
- (4) 栄養不良や皮膚に傷や火傷の痕跡などがある場合は「子どもの虐待、いじめ・暴力」等を留意しておく。
- (5) アレルギー疾患に対しては主治医の指示による治療を継続しながら学校で安全な生活が送れるように組織で体制を確認して円滑に動けるようにする。

年 月 日

年 組 番 さん  
保 護 者 様

学校名 \_\_\_\_\_

### 内科定期健康診断の結果について（お知らせ）

内科定期健康診断の結果、お子さんに下記の病気の疑いがあります。  
早めに専門医に受診し、治療や生活上の指導を受けてください。  
診察を受けましたら、その結果を保護者が下記の「内科受診結果報告書」の該当するところに○をつけ、必要事項を記入のうえ、学校へ提出してください。  
なお、すでに治療中や経過観察中の場合は、受診結果報告書の2に○をつけ、お知らせください。

	疑いのある病気						
	肥満傾向	肥満度	%	身長	cm	体重	kg
	やせ傾向	肥満度	%	身長	cm	体重	kg

#### 専門医様

内科定期健康診断の結果、上記の疾病の疑いと診断されましたので、診察のうえ、治療及び生活上に必要な指導をしてさせていただきますようお願いいたします。

### 内科受診結果報告書

年 月 日

学 校 長 様

年 組 番 氏名 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_

1 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日に \_\_\_\_\_病(医)院を受診した結果、次のとおり診断されましたので報告いたします。

- ・ 特に異常はありませんでした。
- ・ 下記の診断を受けました。

病 名 (又は現在の症状)	
学校生活で留意することや、知らせておきたいことがありましたら、ご記入ください。	

2 以前から医師の診察・指導を受けています。

学校生活で留意することや、知らせておきたいことがありましたら、ご記入ください。	
---	--

## 成長曲線活用の手順

### 内科健康診断までに行うこと

- 1 身長と体重を正しく測定する。  
「児童生徒等の健康診断マニュアル 平成 27 年度改訂版」 P20～23 を参照する。
- 2 校務支援システム (C4th) に身長・体重を入力する。
- 3 C4th 健康診断>印刷・Excel 出力>統計的異常一覧により 1～9 群に分類する。
- 4 添付の「①新潟市判定基準」により経過観察・受診勧奨を振り分ける。  
(振り分けにおいて判断に迷う場合は、成長曲線検討委員会に相談可能。詳細はページ下部。)

### 内科健康診断の際に行うこと

- 1 学校医に対応 (事後措置) を確認する。
  - (1) 上記 4 の振り分けにおいて「要受診」に該当する児童生徒は原則受診を勧めること。
  - (2) 成長曲線検討委員会に相談した場合は、学校医と情報を共有すること。

### 内科健康後に行うこと

- 1 経過観察及び受診勧奨のお知らせを配付する。
  - (1) お知らせの様式は添付のもの (③④) を使用する。(書庫にも格納済)
    - ◇ 校務支援システムで出力される「成長曲線と肥満度曲線の結果のお知らせ 1・2」は、様式が異なるため、保護者に配布をしない。
    - ◇ ただし、受診勧奨④をする際は、校務支援システム「お知らせ 2 (受診のお勧め)」に出力される、肥満度と身長 Z スコアの数値を転記する。
  - (2) 「④結果のお知らせ (受診のお勧め)」には次の 2 つを添付する。
    - ◇ 成長曲線・肥満度曲線 (校務支援システムから出力)
    - ◇ 入学時からの身長・体重データ (校務支援システムから「身長・体重 Excel 原票」を出力し、該当児童生徒のデータのみ添付する。)
  - (3) 分類 5 群については、新潟大学医歯学総合病院小児科または新潟市民病院小児科受診が望ましい。
  - (4) 分類 5 群以外については、かかりつけ医もしくは添付の「⑤受け入れ療機関リスト」を紹介する。
  - (5) 受診勧奨の対象となった児童生徒が未受診の場合は、再度お知らせを配付するなどして受診を勧める。

#### <成長曲線検討委員会への相談方法>

- ◇ 新潟市教育委員会保健給食課を通じて、成長曲線検討委員会の専門医に相談する。
- ◇ 振り分けに関するだけでなく、成長曲線の活用に関する内容についても相談可能。
- ◇ C4th 個人連絡で、以下のように連絡をする。

<本文に書く内容> 相談対象者の①学年 ②性別 ③何群の相談か ④相談理由

<添付書類> ①成長曲線・肥満度曲線 ②入学時からの身長・体重データ

<添付書類の形式> ・PDF ファイルにし、ファイル名を「学番学校名(ローマ字)」例: 1234furumachisyo

<送付先> 保健給食課 保健係 指導主事



(9) 保健調査票・結核問診票等の保存期間

新潟市立学校文書分類表(令和4年4月)より

大分類	中分類	小分類No.	文書名	保存期間	内容	調査票・問診票名		
7保健	1健康診断	7100	就学時健康診断関係	3年	就学時健康診断に関する文書、資料等	「就学時の健康診断」の保健調査票		
		7101	児童生徒健康診断票(一般)	常用	在校生分健康診断票			
		7102	児童生徒健康診断票(歯・口腔)	常用	在校生分歯・口腔健康診断票			
		7103	生徒健康診断関係	5年	児童・生徒健康診断関係文書、実施記録、検診結果			
		7104	結核検診関係	5年	関係文書、結果	結核検診問診票		
		7105	心臓・腎臓学校生活管理指導表	常用	該当児童・生徒生活管理指導表			
		7106	保健調査票		保健調査票	2年		耳鼻咽喉科保健調査票
						2年		運動器検診保健調査票

※上表は、「新潟市立学校文書分類表(令和4年4月)」より抜粋・加筆し、作成したものです。「新潟市立学校文書分類表」は最新のものを確認し、適切な文書保存を心掛けてください。



## 2 就学時の健康診断

### (1) 就学時の健康診断



## (1) 就学時の健康診断

### 1 健診対象者

来年度から就学させるべき者で、新潟市に住所を有するもの

### 2 健診対象者抽出基準日 前年度の10月1日

### 3 健康診断通知書の発送

10月上旬（保健調査票とともに郵送）

### 4 健診時期

10月中旬から11月上旬

### 5 広報等

(1) 保育園・幼稚園 ⇒ 保育課・幼稚園協会などを通じて健診日程等周知（8月中旬）

(2) ホームページ ⇒ 就学時健康診断日程（入学説明会日程を含む）・就学時健診Q&Aなど掲載（8月中旬～）

(3) コールセンター開設 ⇒ 8月中旬～

(4) スキップ、にいがた暮らしのガイドに掲載

### 6 対象外だが健康診断を認める者

(1) 外国籍で新潟市立の小学校入学希望の者 ⇒ 就学申請（学務課）必要

(2) 東日本大震災による避難者で当市に住民登録をしていないが、就学時健康診断を希望するもの（当面の間）

(3) 転入者で就学時健康診断未受診のもの

(4) 特別な事情があり住民登録をしている市町村では就学時健康診断を受診できないとき

\*相談があった場合は担当にご連絡ください。



## 3 環境衛生検査

### (1) 環境衛生検査



## (1)環境衛生検査

### 1 検査項目および時期

4月に送付する通知文書及び各検査実施時の通知文書を確認する

### 2 検査器具について

検査器具	配置場所
騒音計	各通知文参照
ポケット照度計	
蛍光検査灯	
アスマン通風乾湿計	
粉じん計	
黒板検査色票	
ガス採集器	

\*ダニ検査キット・一酸化炭素ガス検知管・二酸化炭素ガス検知管・塩素ガス検知管・揮発性有機化合物検査キットは保健給食課で一括購入、検査時期に間に合うように各学校に送付します。

### 3 各検査票について

定期検査票は新潟県薬剤師会が作成する。

様式や実施期間が変更になる可能性があるので、必ず当該年度の検査票を使用すること。

提出の際には学番を記入すること。

### 4 その他

「全国学校保健調査」（新潟県薬剤師会から依頼による） 7月頃予定



## 4 歯科保健事業

- (1) 巡回歯科指導
- (2) フッ化物洗口



## (1) 巡回歯科指導

- 内 容 新潟県歯科衛生士会による「むし歯予防教室」又は「歯肉炎予防教室」指導
- 対 象 校 保健給食課が指定する学校
- 対象学年 学校に一任  
※一学年のみ
- 派遣人数 原則、1学級に対し1人  
※5学級以上の場合、時間帯を変えるなどして2回に分ける。  
→連続した2時限を希望する場合は、準備や教室の移動時間を配慮し、間に十分な時間を確保する。
- 指導時間 1時限（45分～60分） ※1限目はなるべく指定しない。
- 実施手順 ①毎年3月上旬頃、各学校に巡回歯科指導の実施案内を通知する。  
希望学年と希望教室名、希望日時を記入。  
②申込みのあった全ての学校に該当通知を送付する。（4月下旬ごろ）  
③該当校は通知文書により準備をする。
  - ・日時については希望日が集中している場合、希望に添えないこともある。
  - ・担当歯科衛生士から日程調整及び指導内容についての打ち合わせのため、学校に直接電話連絡がある。
  - ・実施日の3週間前までに、担当歯科衛生士から送付される『指導計画書』の内容を確認し、準備をする。
  - ・指導内容の中で使用する以下の消耗品については、学校配当予算（市費払い）での購入が可能。  
「紙コップ」「歯垢染色剤」「デンタルフロス」（※歯間ブラシは対象外）④実施後は事後アンケートを記入し、巡回歯科指導時に歯科衛生士から渡される返信用封筒にて、歯科衛生士会に送付する。



## (2) フッ化物洗口

○新潟市における歯科保健の取り組み



(新潟市歯の健康づくり運動)

新潟市歯科口腔保健推進条例  
新潟市食育推進条例  
新潟市

### 新潟市生涯歯科保健計画（第5次）

計画期間：平成31（2019）年4月から令和6（2024）年3月末まで

歯科口腔保健の推進に関する法律  
健康日本21（第2次）  
国

新潟県歯科保健医療総合計画（第4次）  
新潟県歯科保健推進条例  
新潟県

### 新潟市生涯歯科保健計画（第5次）概念図

健康寿命の延伸

【理念】市民一人ひとりが、歯と口の健康づくりに取り組み、  
生涯、心身ともに健やかな生活を実現する

#### 基本方針1

歯と口の健康づくり  
の推進

#### 基本方針2

生活の質の向上に向けた  
口腔機能の維持・向上

#### 基本方針3

歯と口の健康づくりを  
推進するために必要な  
社会環境の整備

○評価指標等一覧【園児期・学齢期】

評価指標	R5年度目標
6歳児でむし歯（永久歯のみ）がないものの割合	98.5%以上
12歳児でむし歯がないものの割合	82.1%以上
12歳児の一人平均むし歯本数	0.36本以下
12歳児で歯肉に所見が認められる者の割合	16.6%以下
フッ化物洗口実施施設数の割合	小学校100%
12歳児で未処置のむし歯がある者の割合	6.7%以下

## フッ化物洗口の新規立ち上げまでの学校の動きについて

※フッ化物洗口を新規に希望する中学校は保健給食課へご相談ください

### ステップ1 フッ化物洗口開始までのスケジュール等の調整（開始の前年度）

- ・関係者会議と保護者説明会の希望日を，保健給食課へ提出（1月中旬まで）
- ・PTA代表への説明と協力依頼（2月末日まで）

### ステップ2 関係者会議（5～6月頃）

- ・参加者：学校関係者（管理職，養護教諭，学校歯科医），保健給食課
- ・内容：今後のスケジュールの確認

### ステップ3 フッ化物洗口担当者研修会 ○月○日（○）午後○時～（会場：○○○）

- ・参加者：新規開始校関係者（養護教諭必須，教職員希望者）
- ・講師等：新潟大学予防歯科，保健所，○○小養護教諭，保健給食課
- ・内容：①新潟市の歯科保健計画について（保健所）  
②フッ化物洗口の有効性と安全性について（新潟大学予防歯科）  
③洗口液作成の様子等を見学（○○小養護教諭）

### ステップ4 保護者対象説明会（担当者研修会終了後の学習参観日等が望ましい）

- ・参加者：学校関係者（管理職，保護者，学校歯科医），新潟大学予防歯科，保健所，保健給食課
- ・内容：ステップ3①・②を同じ内容で説明
- ・事前準備：保護者へ説明会の案内  
学校歯科医へ同席依頼

### ステップ5 保護者向け文書配布・希望調査（保護者対象説明会の直後）

- ・保護者説明会で配布した資料を当日欠席した保護者へ配布
- ・保護者へフッ化物洗口希望調査
- ・後日出された質問など・・・保健給食課へ（後日回答）

### ステップ6 フッ化物洗口液の指示書の作成，器具・器材の購入，練習（フッ化物洗口開始前）

- ・フッ化物洗口希望数がまとまり次第，学校歯科医へ指示書作成依頼
- ・フッ化物洗口に必要な器具や器材などの購入  
（請求書を市払いにし，納品書と請求書を保健給食課へ連絡便にて送付）
- ・水での練習・・・1週間程度

### ステップ7 フッ化物洗口液による開始日当日

- ・児童生徒が洗口実施時は，その場に学校歯科医が立ち会い，確認・指導・助言を行う
- ・点検票を保健給食課へ提出



項 目		該当の符号を○で囲み、必要事項を記入する	
	12	紙コップに分注する作業台には、洗口に直接必要のない物品を配置していない	ア.配置していない イ.配置している
	13	職員は紙コップへ分注する前に、ディスプレイ付ボトルの「フッ化物洗口溶液」等の表示を確認しているか	ア.確認している イ.確認していない
	14	係活動や委員会活動として実施しているもの	ア.紙コップの数確認 イ.道具運び ウ.教室での運営 エ.その他( )
	15	容器の洗浄は	ア.水洗い イ.消毒している(薬品名 )
	16	実施チェックリストによる手順等の確認は(フッ化物洗口マニュアル52～54ページ掲載)	ア.年1回は全職員で確認 イ.新任・転入だけ説明 ウ.その他( )
	4 その他	1	フッ化物洗口の学校保健計画への位置付け
2		歯の保健指導計画	ア.有 イ.無 → 今年度中に作成予定(有・無)
3		学級活動における歯に関する保健指導	ア.計画的 イ.時期を決めて ウ.その他( )
4		歯科の統計処理と活用	ア.推移の把握 イ.保健指導への活用 ウ.活用していない エ.その他( )
5		むし歯有病状況 今年度一人平均歯本数( )	ア.減少傾向 イ.横ばい傾向 ウ.増加傾向 エ.その他( )
6		フッ化物洗口に関しての保護者への啓発について	ア.講演会、説明会の開催 イ.広報だより ウ.その他( )
歯科保健教育について実施していることがありましたらご記入ください。			

## 5 災害共済給付制度

- (1) 日本スポーツ振興センター  
災害共済給付制度



## (1) 日本スポーツ振興センター災害共済給付制度

### <医療費支払請求事務>

#### ①添付書類

- ・「高額療養状況の届」→単位療養額 7,000 点（70,000 円）以上の請求金額がある場合に添付する。家庭からは、封入された状態で提出してもらう。
- ・「課外指導（部活動）計画表」→土・日、祝・休業日等に行われた課外指導等の災害の場合に添付する。ただし、当該学校内で実施される部活動については省略できる。  
※計画表は、学校が発したもので、引率職員名や、活動時間、場所などが記載されているものであること。
- ・「通学経路図」→通学（園）中の災害の場合に添付する。ただし、通常の経路方法による場合は、省略できる。

#### ②提出方法

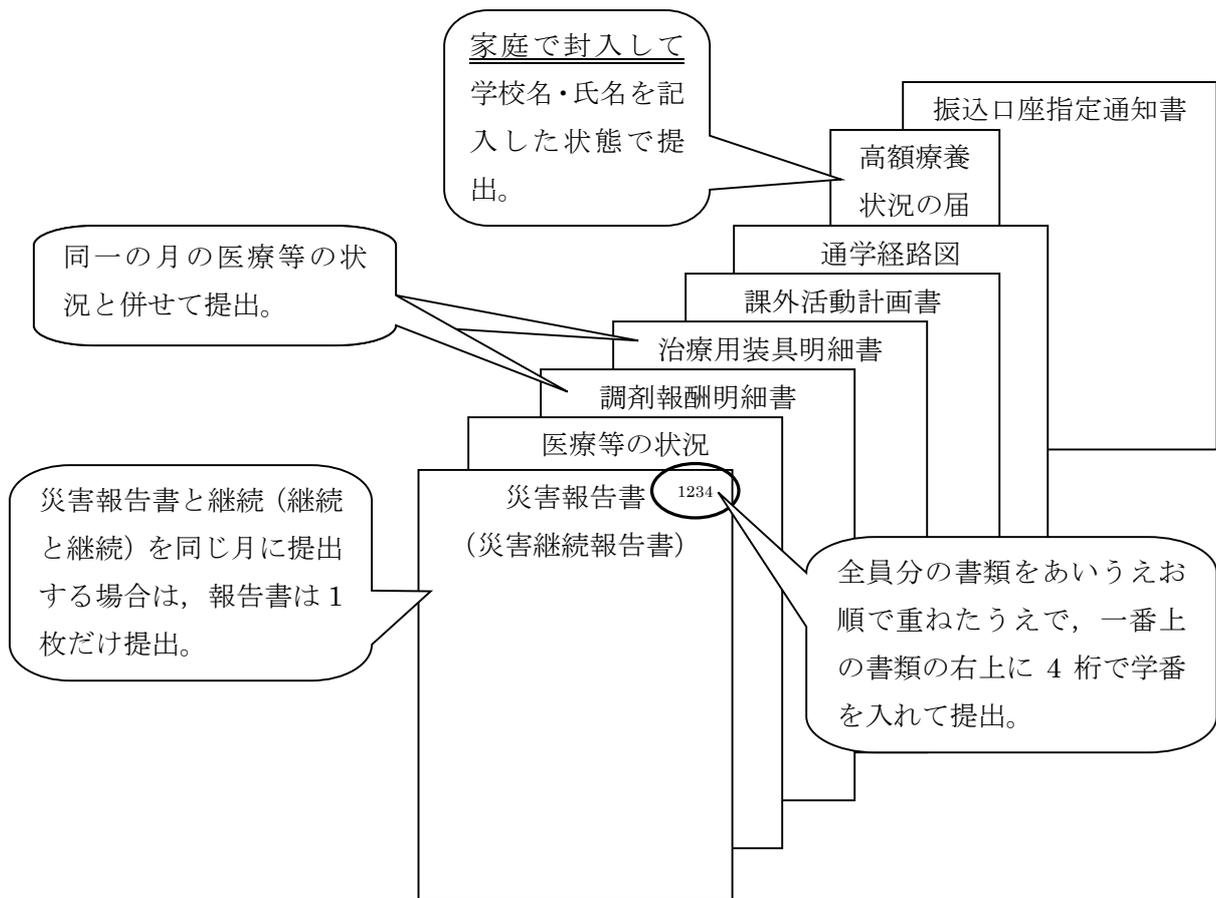
- ・災害報告書または災害継続報告書、医療等の状況、調剤明細書、口座指定通知書の順に一人ずつ左はじをクリップでとめ、**あいうえお**、の順にならべて提出。  
※のり、ステープラーは絶対に使用しない。  
※口座用紙は切り取らず添付する。・・・Pスポー2
- ・口座指定通知書は、提出毎に1枚提出。ただし、同一人物に対し、1枚でよい。
- ・提出期日は、**毎月10日～20日必着**。

#### ③給付金の支払方法

- ・設置者からセンターへ**請求**した「医療費支払請求書」の写しを請求のあった学校・園へ送付する。
- ・請求のあった月の25日前後に給付金が決定する。  
※給付金支払の確認や通知書のダウンロードは、各学校・園で災害共済オンラインシステムより行う。・・・Pスポー3
- ・給付金が支払われる保護者へ通知文を作成し、配付する。  
保護者への振込日は請求月の翌月の25日。・・・Pスポー4

**※スポーツ振興センター東京支所から出ている  
「かんたん操作マニュアル」と「事務のてびき」  
をよくごらんください。**

\*\*\*\*\* 提出書類のイメージ \*\*\*\*\*



【注意事項】

- ・一災害でひとまとめにし、左上をクリップでとめる。  
複数月をまとめて提出する場合は、早い月から順に並べる。
- ・あいうえお順に並べる。
- ・一番上の災害報告書の右上に学番を入れる。
- ・「日本スポーツ振興センター（“スポ振”に省略しても可）書類在中」と記入した袋に入れて提出する。他の書類と同封しない。

**提出期限 毎月 10 日～20 日必着**

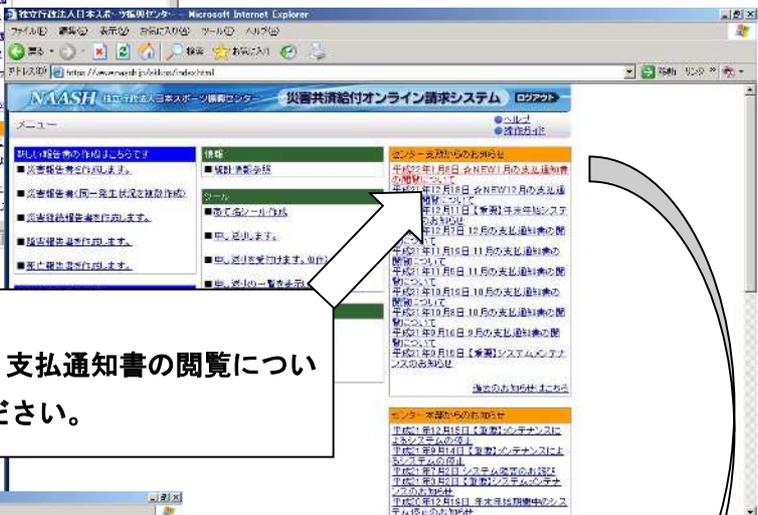
（土日祝祭日の場合は翌開庁日）

# 学校で給付金支払通知書を見る・印刷する方法

かんたん操作マニュアルP100～



1 メニュー画面を出します。



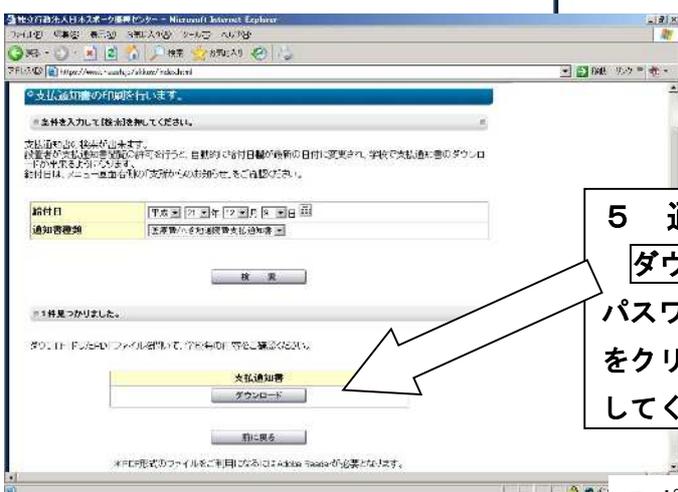
2 毎月10日前後『センター支所からののお知らせ』で、支払通知書の閲覧について掲示されていることを確認してください。



3 給付日の確認  
2をクリックするとこの画面が出ます。



4 通知書の検索  
給付日及び通知書の種類を選択し、**検索**をクリックしてください。



5 通知書のダウンロード・印刷  
**ダウンロード**をクリックして、**開く**をクリック。パスワード（IDの中央5桁の数字）を入力し、**OK**をクリック。通知書のPDFファイルが開いたら印刷してください。

<支給額保護者通知文例>

令和〇〇年〇〇月〇〇日

〇年〇組  
幼児児童生徒名 〇〇 〇〇  
保護者様

新潟市立〇〇〇〇  
学校長 〇〇 〇

日本スポーツ振興センター災害共済給付金支払いのお知らせ

日本スポーツ振興センターの災害給付金が以下のように決定されましたのでお知らせいたします。

なお、給付金はあらかじめ提出いただきました「振込口座指定通知書」により指定された口座に、保健給食課（新潟市教育委員会）から振り込まれます。

↑  
※保護者の通帳には保健給食課と印字されます。

記

1 振込日 令和〇〇年〇〇月25日 ← 25日が休祭日の場合は翌営業日になります。

2 支払額 3,000円

※内訳

3月分として 2,000円

4月分として 1,000円

3 その他

この決定に不服がある場合は、このことを知った日の翌日から起算して3か月以内に文書又は口頭で独立行政法人日本スポーツ振興センターに対して審査請求をすることができます。

以上

<様式>

- ① 災害共済給付制度について（保護者あて） Pスポー 6  
書類を渡す際に添付する。各学校・園ですでに同様なものがあれば、それでも可。
- ② 医療費支払請求様式 P スポー 7  
ホームページからダウンロードする。
- ③ 振込口座指定通知書 P スポー 8 ・ P スポー 2 0  
口座名義が“カタカナ”で記入されているか確認する。
- ④ 委任状 P スポー 1 4 - 2 0  
令和4年8月10日付け新教保第806号参照

<年度途中の追加・異動報告>

- ① 転入学・園による新規加入 P スポー 9 （記入例 P スポー 1 0）  
年度途中（名簿更新が行われた5月2日以降）で、新規に加入する幼児児童生徒があった場合は、所定の用紙を作成の上、転入学・園等のあった日の属する月末までに報告する。  
なお、掛金は翌年度納入時に納付となる。  
(例)※ 海外からの体験入学、幼稚園の途中入園、長期欠席者の復学など

**※追加加入者に係る共済掛金の支払については、翌年度の名簿更新時に行うこととなるので気をつける。**

- ② 要保護児童生徒の異動（小・中学校のみ） P スポー 9  
年度途中（名簿更新が行われた5月2日以降）で、要保護の追加認定や廃止等異動があった場合は、所定の用紙を作成の上、異動のあった日の属する月末までに報告する。

**※海外在住者からの体験入学受け入れ時の注意点**

体験入学の場合、新潟市からの負担金はありませんので、掛金は全額保護者負担となります。

<保護者からの徴収額>

校 種		保護者負担額
幼稚園		270 円
義務教育（小・中・特別支援学校）		920 円
高等学校	全日制	2,150 円
	定時制	980 円
中等教育学校	前期課程	920 円
	後期課程	2,150 円

## 日本スポーツ振興センターの災害共済給付制度について

「災害共済給付制度」は、学校、幼稚園及び保育所（以下「学校」という。）の管理下で、幼児、児童、生徒、学生の災害（負傷、疾病、障害又は死亡）が発生したときに、災害共済給付（医療費、障害見舞金又は死亡見舞金の給付）を行う国・学校の設置者・保護者の三者による共済制度です。

その申請は**学校**が行いますが、請求に必要な証明書類（センター所定の用紙に、医師等の証明をいただくもの）等については、**保護者の方**に用意していただくことになります。本校の担当は、〇〇〇〇になりますので、必要な書類の種類や制度内容に不明な点がある場合は、お尋ねください。（電話 〇〇〇-〇〇〇〇）

以下のとおり、請求についての主な注意点をお知らせしますので、ご確認ください。

**※医療機関等では医療費助成制度は使用せずに自己負担3割（2割）を現金でお支払いください。**

## 請求に必要な書類

- ( ) 「医療等の状況」  
治療を受けた医療機関等で証明していただく用紙です。
- ( ) 「調剤報酬明細書」  
医師の処方箋に基づき薬を処方された保険薬局で証明していただく用紙です。処方された同月の「医療等の状況」と合わせて提出してください。
- ( ) 「高額療養状況の届」  
1か月の医療費が7,000点（70,000円）以上の医療費の請求の際に必要な用紙です。（記入後は封筒等に入れて提出してください。）
- ( ) 「治療用装具・生血明細書」  
医師が治療遂行上必要と認め治療中に購入し装着した場合、または、治療上必要な輸血のために購入した場合に使用します。（医療機関又は装具製作会社等の領収書の写しが必要です。）
- ( ) 「振込口座指定通知書」  
センターの決定により設置者が給付金を保護者（受給者）の口座に振り込む際に必要な用紙です。口座名義は**カタカナ**でご記入ください。

## 請求に当たっての諸注意

- ① 災害共済給付を受ける権利は、その給付事由が生じた日から**2年間**行わないときは、**時効**によって消滅します。
- ② 損害賠償を受けたときや他の法令の規定による給付等を受けたときは、その受けた価額の限度において、給付を行わない場合があります。
- ③ 同一の災害の傷病についての医療費の支給は、初診から最長10年間行われます。
- ④ 治療が継続中に、進学や転校等がある場合は、学校間で引継ぎの手続きが必要になりますので、治療の経過については、随時学校へお知らせください。

## 請求から給付までの流れ

学校で「災害報告書」（災害発生の状況について証明したもの）を作成し、「医療等の状況」等の証明用紙とともに、設置者へ提出します（毎月20日締切）。その後、設置者が支払請求書を作成し、日本スポーツ振興センター東京支所へ請求します（翌月10日締切）。センターで審査、決定を受けた後、設置者から指定口座へ給付金が振り込まれます（センターへ請求した月の翌月25日）。そのため、学校へ請求してから給付まで3ヶ月程度必要となります。

【参考】 日本スポーツ振興センターのホームページでも災害共済給付制度についての情報を入手できます。

# 様式のダウンロード方法

**NAASH ホームページ  
災害共済給付をクリック**

**様式ダウンロード**

**支所のページからもダウンロードができます。**

**『給付金の請求に係る申請書類』から、必要な様式をクリックし、印刷してください。**

保護者様

**医療等の状況及び振込口座指定通知書提出について（お願い）**

学校（園）の管理下における児童・生徒（幼児）の災害に対しては、独立行政法人日本スポーツ振興センターから所定の基準によって算定された災害共済給付金が支給されます。この給付金を請求及び支給するために下記の書類が必要ですので、ご提出をお願いいたします。

**1 「医療等の状況」等の用紙について**

別紙「医療等の状況」「調剤明細書」の用紙を病（医）院、調剤薬局の受付に差出し、療養点数の証明を受けて学校へ提出してください。

**同じ月の用紙が複数枚ある場合（院外処方、複数の医療機関を受診、治療用装具を作成等）は、必ず全部一緒にご提出ください。**

**2 「振込口座指定通知書」について**

給付金は口座振替払いで支給いたします。保護者の口座情報【金融機関名、口座番号、名義（フリガナのみ）】を下記の用紙でお知らせください。

**3 給付金について**

災害	災害の範囲	給付金額
けがや病気の場合	医療費総額が5,000円以上（目安として、病院の窓口で支払う額が1,500円以上）のものが対象となります。 <b>ただし、保険診療に限ります。</b>	医療費 ①医療費分として医療費総額の3/10（病院の窓口支払い分） ※高額療養の場合は、自己負担の高額療養費 ②療養雑費分として医療費総額の1/10 計 [①+②] =医療費総額の4/10の額が支給されます。
障害が残った場合	けがや病気の治癒後に残った身体の障害でその程度により1級～14級に区分されます。	障害見舞金 4,000万円（1級）～88万円（14級） （通学中はその半額）
死亡の場合	事故や病気による死亡	死亡見舞金 3,000万円（通学中はその半額）
	突然死	1,500万円
	ただし、体育でのマラソン等 激しい運動中など	3,000万円

**4 その他**

「医療等の状況」等の用紙と「振込口座指定通知書」は、受診後すみやかに学校へ提出してください。

また、治療が継続している場合は、月毎に「医療等の状況」等の用紙と「振込口座指定通知書」の用紙を提出してください。

**※日本スポーツ振興センターの災害共済給付対象になる場合は、医療費助成を使わず、医療費の自己負担額をお支払いください。**

日本スポーツ振興センター災害共済給付金

※教育委員会処理欄

**振込口座指定通知書**

（機械で読み取りますので、わかりやすくはっきりと記載してください。）

学校名等	学番	学校名	新潟市立	年	組
フリガナ					
幼児・児童・生徒氏名					
保護者	住所	( 新潟市 区 )			
	氏名	※口座名義と同一人物			
金融機関名	銀行名	銀行	支店名	店支店	預金種別 普通
金融機関コード7桁 ※必記			口座番号 (7桁右詰)		
口座名義 <b>カタカナ</b>	<b>カタカナ</b>	姓	名	続柄	父・母 その他 ( )

注 (1) 災害共済給付金は、保護者に支給されるものです。

(2) 金融機関名、金融機関コード、口座番号及び口座名義（カタカナ）は、必ず預金通帳によって正確に記入してください。

(3) 現金での扱いはできませんのでご了承ください。

新潟市教育委員会教育長 様

学番(4桁) \_\_\_\_\_

学校・園名 \_\_\_\_\_

学校・園長氏名 \_\_\_\_\_

災害共済給付契約に係る児童生徒等の転入学等( 月分)について(報告)

災害共済給付契約に係る児童生徒等の転入学等について、下記のとおり報告します。

転入学・園による名簿の追加

学年 (歳) 組	児童生徒等 の氏名	一般・準要保護 ・要保護の別 (該当項目に○)	加入 年月日	転入学の場合		内容	掛金徴収額
				転入前の在籍学 校・園におけるセ ンターへの加入の 有無に○印			体験入学 は全額徴 収
		一 般 ・準要保護 ・ 要保護	・ ・	有	無		
		一 般 ・準要保護 ・ 要保護	・ ・	有	無		
		一 般 ・準要保護 ・ 要保護	・ ・	有	無		
		一 般 ・準要保護 ・ 要保護	・ ・	有	無		
		一 般 ・準要保護 ・ 要保護	・ ・	有	無		
		一 般 ・準要保護 ・ 要保護	・ ・	有	無		
		一 般 ・準要保護 ・ 要保護	・ ・	有	無		
		一 般 ・準要保護 ・ 要保護	・ ・	有	無		
		一 般 ・準要保護 ・ 要保護	・ ・	有	無		

一般と要保護との間の異動



学年 (歳)組	児童生徒等の氏名	異 動 の 年 月 日	異動内容(該当する項目に○をしてください)		備考
		・ ・	一 般 ⇒ 要保護 (準要保護も含む)	要保護 ⇒ 一 般 (準要保護も含む)	
		・ ・	一 般 ⇒ 要保護 (準要保護も含む)	要保護 ⇒ 一 般 (準要保護も含む)	
		・ ・	一 般 ⇒ 要保護 (準要保護も含む)	要保護 ⇒ 一 般 (準要保護も含む)	
		・ ・	一 般 ⇒ 要保護 (準要保護も含む)	要保護 ⇒ 一 般 (準要保護も含む)	
		・ ・	一 般 ⇒ 要保護 (準要保護も含む)	要保護 ⇒ 一 般 (準要保護も含む)	

- 【注意事項】
- 1 公立の義務教育諸学校の「一般」は、準要保護も含まれます。
  - 2 年度途中で転入学・園や異動のあった場合は、この様式を使用し、転入学等のあった月の翌月の10日までにセンター支所へ提出してください。(教育委員会へはその月の月末までに報告)
  - 3 当該児童生徒等の転入前未加入者の共済掛金は、省令第28条第4項の規定により、翌年度の名簿更新に納入していただきます。
  - 4 「転入学」には、途中入園も含まれます。

新潟市教育委員会教育長 様

小234・・・×

学番(4桁) 1234 新潟市立は不要

学校・園名 ○○小学校

学校・園長氏名 □□ □□

転入・異動のあった日の属する月末までに報

### 災害共済給付契約に係る児童生徒等の転入学等(1月分)について(報告)

災害共済給付契約に係る児童生徒等の転入学等について、下記のとおり報告し

転入学・園の場合はセンターの加入の有無をお知らせください。前に在籍していた学校・園で、**加入していた場合は、報告不要**です。

#### 転入学・園による名簿の追加

学年(歳)組	児童生徒等の氏名	一般・準要保護・要保護の別(該当項目に○)	加入年月日	転入学の場合		内容	掛金徴収額
				転入前の在籍学校・園におけるセンターへの加入の有無(印)	加入の有無(印)		体験入学は <b>全額徴収</b>
1-2	新潟 太郎	○ 一般 ・準要保護 ・要保護	25・1・23	有	○ 無	海外からの転入	460
3-4	笹 団五郎	一 般 ・○ 準要保護 ・要保護	25・1・11	有	無	長欠からの復学	0
5-6	花野 古町	○ 一般 ・準要保護 ・要保護	25・1・1	有	無	体験入学	<b>920</b>
4-3	白山 健一	○ 一般 ・準要保護 ・要保護	25・1・20	有	○ 無	新規加入	460
		一 般 ・準要保護 ・要保護	・	有	無		
			・	有	無		
			・	有	無		
			・	有	無		
			・	有	無		
			・	有	無		
			・	有	無		
			・	有	無		
			・	有	無		

転出先の学校で未加入や長欠扱いだった状態で転入してきて、転入後、加入する場合も報告が必要で

準要保護、要保護認定の場合は、掛金の徴収は免除されます。(義務教育のみ)

海外在住者の一時帰国等による体験入学を受け入れる場合は、新潟市からの負担金はありませんので、掛金は**全額保護者負担**となります！ご注意ください！！

#### 一般と要保護との間の異動

学年(歳)組	児童生徒等の氏名	異動の年月日	異動内容(該当する項目に○をしてください)	備考
2-3	万代 花子	25・1・10	一 般 (○) ⇒ 要保護 (準要保護も含む)    要保護 ⇒ 一 般 (準要保護も含む)	
		・	一 般 ⇒ 要保護 (準要保護も含む)    要保護 ⇒ 一 般	
		・	一 般 ⇒ 要保護 (準要保護も含む)    要保護 ⇒ 一 般	
		・	一 般 ⇒ 要保護 (準要保護も含む)    要保護 ⇒ 一 般	
		・	一 般 ⇒ 要保護 (準要保護も含む)    要保護 ⇒ 一 般	

要保護の場合、医療費の給付は行われません。逆に、要保護でなくなった場合は、医療費の請求が可能になります。年度途中の異動があった場合は報告が必要です。

- 【注意事項】
- 1 公立の義務教育諸学校の「一般」は、準要保護も含まれます。
  - 2 年度途中に転入学・園や異動のあった場合は、この様式を使用し、転入学等のあった月の翌月の10日までにセンター支所へ提出してください。
  - 3 当該児童生徒等の転入前未加入者の共済掛金は、省令第28条第4項の規定により、翌年度の名簿更新に納入していただきます。
  - 4 「転入学」には、途中入園も含まれます。

## <掛金納入事務>

納入までのながれ

学校からの災害共済掛金の納入は、準要保護認定決定(7月中旬)後になるため、9月末になる。

納入までのながれ

月	日	新潟市教育委員会	学校
4	中旬	①災害共済給付契約に係る5月1日現在の在籍者、未加入者、要保護児童生徒の人数調べ依頼文書送付 [学校へ]	
5	上旬		②人数調べ回答〆切 [保健給食課へ] ※注意
5	末日	人数調べに基づき、加入者名簿の更新及び共済掛金の支払 (市→日本スポーツ振興センター)	
7	中旬	準要保護認定者決定 (学務課)	
12	上旬	③5月1日現在の準要保護者等の各種人数調べ依頼文書送付 [学校へ]	
12	下旬		④各種人数調べ回答〆切 [保健給食課へ]
1	中旬	⑤学校から市への掛金納入額の確定 学校への納入通知書送付 [学校へ]	
1	末日		⑥掛金納入〆切 [保健給食課へ]

平成24年度までは、9月に掛金を学校から納入していただいていたのですが、準要保護のさかのぼり認定による返金件数が多いため、平成25年度より納入時期を1月に変更しました。

### 注意事項

#### ①5月2日以降の転入者

- A. 転入者が前在籍校で加入している場合 → 掛金は徴収しない。
- B. 転入者が前在籍校で加入していない場合 → 翌年度納入時に一緒に納入してもらう。  
(=年度途中の新規加入 例：海外からの転入等)

#### ②5月2日以降の転出者(5月1日現在在籍)の場合 → 転出の際に掛金を徴収する。

※転出後、準要保護に認定された場合、掛金を返却することとなる。この場合、学校で掛金の返却が困難であれば、保健給食課より返却するので、転出時に新住所・電話番号・振込先銀行口座を確認しておく。

### <※注意>

5月1日現在で報告いただいた人数は、報告後の変更はできませんので、  
ご注意ください。

# スポーツ振興センターと公的医療費助成

(令和5年3月現在)

## 2 他の公的医療費を優先するもの

### ○ 生活保護

医療 ・ 生活保護の医療券を利用  
ただし、「死亡見舞金」「障害見舞金」は給付対象  
(\* 幼稚園・高校・中等後期課程は除く)

## 1 スポーツ振興センターの申請を優先するもの ( )は通称名

### ○ こども医療費助成 ・ 所得制限なし

助成対象年齢  
0歳～高校生3年生  
一部負担金  
入院 1日1,200円 通院 1日530円(医療機関ごと月4回まで5回目以降は0円)

入院・通院(調剤薬局含む)

### ○ ひとり親家庭等医療費助成 ・ 所得制限あり

助成対象年齢  
0歳～高校生3年生  
入院 1日1,200円 通院 1日530円(医療機関ごと月4回まで5回目以降は0円)

入院・通院(調剤薬局含む)

### ○ 重度障がい者医療費助成(マル障) ・ 所得制限あり

対象者  
療育手帳Aまたは精神障がい者保健福祉手帳1級の交付を受けていること  
助成対象年齢  
0歳～高校生3年生  
入院 1日1,200円 通院 1日530円(医療機関ごと月4回まで5回目以降は0円)

入院・通院(調剤薬局含む)



別添

### 高額療養状況の届

保護者の方へ (①～⑤について記入してください。)

- この用紙は、独立行政法人日本スポーツ振興センターに医療費の請求をするために使用し、一か月の医療費の外来・入院に係る療養・治療用器具代等のそれぞれの額が7,000点(7万円)以上となった場合に必要なものです(医療保険の高額療養費の対象となる場合は調整が必要になるため)。
- 学校等へ提出するに当たり、封筒に学校等の名称、児童生徒等の氏名を必ず記入の上、封入し提出してください。

①児童生徒等の 氏名	②7,000点以上とな った療養の年月	平成・令和	年	月
---------------	------------------------	-------	---	---

③-1 保護者<sup>※</sup>について、市区町村民税の課税の有無について記載してください。(該当する□の箇所に✓印を付けてください。)  
※ここに記載する保護者とは、被災児童生徒等が加入している医療保険の被保険者になります。国民健康保険加入の場合は、世帯の代表者たる世帯主(納税義務者)、被災生徒が独自に生計を立てている場合は本人について記載してください。

<input type="checkbox"/> 課税されている	<input type="checkbox"/> 課税されていない
----------------------------------	-----------------------------------

③-2  課税されている場合 ➡ 課税されていない場合は④、⑤へ

<input type="checkbox"/> ②の療養年度の医療費が19,200点(192,000円)を超えている	<input type="checkbox"/> ②の療養年度の医療費が19,200点(192,000円)以下
---	---

③-3  超えている場合 ➡ 19,200点以下の場合は④、⑤へ

国民健康保険に加入している → 市区町村役場が発行する「所得課税証明書」を添付してください  
◎市区町村役場が発行する、同一の世帯全員の年間総所得額が記載された「所得課税証明書」又は、加入員(所得のある方)全員の「所得課税証明書」(療養年度に適月されていた課税状況が分かる書類<sup>※</sup>)を添付してください。  
※②の療養月が1月から7月の場合は前年度の所得課税証明書を、1月から3月、8月から12月の場合は療養月の属する年度と同一年度の所得課税証明書を添付してください。

国民健康保険以外に加入している → この用紙下段の「標準報酬月額等に関する証明」を記載してください  
◎保護者のお勤めの事業所にて、標準報酬月額等の証明をしていただいでください。

④ ②の療養年度と同じ月に、被災児童生徒等の兄弟姉妹等が学校等の管理下の災害で、一か月の医療費が7,000点以上かかり、その医療費をセンターに請求しているものがある場合は記載してください。(該当がない場合記載の必要はありません。)

兄弟姉妹等の氏名	学校(保育所等)名称
	学校(保育所等)所在地

⑤ 同一の世帯<sup>※</sup>で、②の療養年度を起算月として過去1年間に医療保険各法により高額療養費を支給された、又は支給される予定の回数を記載してください。(該当の回数の□に✓印を付けてください。)

1回  2回  3回以上  該当なし

※ここでいう「同一の世帯」とは同じ健康保険証(組合員証)に加入されている者をいい、生計が同じ世帯であっても「同一の世帯」にはならない場合があるので御注意ください。

上記のとおりです。

令和 年 月 日

保護者氏名

事業所担当者の方へお願い  
 この証明は、申請者(貴所属の従業員)のご家族(又は本人)が、学校等の管理下で災害にあい、独立行政法人日本スポーツ振興センターに災害共済給付の請求を行うために必要とするものです。お手数ですが、以下の項目について証明していただくようお願いいたします。

証明を受ける者(従業員)の氏名		
療養のあった年月に係る健康保険等の標準報酬月額等	平成・令和 年 月 現在 (※上記②の療養年月)	千円

上記のとおりであることを証明します。  
令和 年 月 日

事業所名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_  
 事業所長の職・氏名 \_\_\_\_\_

注1 上記に係る証明などの必要書類は、その内容に変更があったり、一定の期間を経過した場合など、必要に応じて再提出していただきます。  
 2 この用紙に、日本産業規格A4縦型とします。

新教保第806号  
令和4年8月10日

万代高等学校長  
明鏡高等学校長 様  
高志中等教育学校長

新潟市教育委員会  
保健給食課長  
(担当 保健係)

### 成年年齢の引き下げに伴う災害共済給付の支払いに係る対応について

民法の一部改正による成年年齢の引き下げに伴い、災害共済給付制度における成年も18歳となることから、令和4年4月1日以降、18歳に達した生徒については、本人に対して給付金の支払いが行われることとなります。

つきましては、生徒が成年に達している場合の給付金の支払いに係る対応は、下記のとおりとなりますので、関係職員に周知するとともに、適切に対応願います。

#### 記

#### 1 生徒本人に対して給付金の支払いを行う場合について（別紙1、2参照）

- ・ 医療費について、病院等から療養を受けた月（障害見舞金については、治ゆまたは症状固定した月）が生徒の18歳の誕生日の属する月の翌月以降である場合、給付金の支払いは生徒本人に対して行います。
- ※ 該当月の請求に係る「災害（継続）報告書」の「保護者等（受給者）氏名」には、**受給者である生徒の氏名を入力**します。

#### 2 受給者である生徒と異なる名義（保護者等）の口座に支払いを行う場合について

- ・ 生徒から保護者等に受領の権限を委任する旨の委任状が必要となります。（別紙3、4）
- ・ 生徒からは、該当月の医療費等の請求を行う際に、委任状を提出してもらうこととし、翌月以降の委任状の提出は不要とします。
- ・ 委任状の期限は、3月までを基本とします。卒業後、受給者に変更がある可能性もありますので、年度ごとに支払い先を確認してください。
- ※ 受給者である生徒と同名義の口座に支払いを行う場合は、上記の対応は不要です。

分類 7500

新潟市教育委員会  
保健給食課保健係  
担当 田村・松井  
電話 025-226-3206

この様式は、手書き用ですので、オンライン請求システムで作成される災害報告書とは様式が異なります。

○この用紙は、独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付金の支払請求に使うものです。

設置者名		災害報告書				※受付番号		高校課程別 専修学科別	
被災児童 生徒等	フリガナ	学年	年	組	男 女	保護者等 (受給者)	氏 名		全 ・ 定 ・ 通
	氏名	生年月日	年	月	日生				
災害発生 の場所	学校内	教室、実験実習室、体育館・屋内運動場、講堂、廊下、昇降口、階段、その他( )				学校外	道路、運動場、山、林野、海、湖、河川、その他( )		
	校舎外	運動場・校庭、体育・遊戯施設、プール、排水溝、その他( )							
災害発生 の場合	1 教育課程に基づく授業を受けている場合	各教科(科目)、道徳、自立活動、総合的な学習の時間		体育(保健体育)、その他の教科等( )					
		特別活動	学級(ホームルーム)活動、児童(生徒)会活動、クラブ活動( ) ( )		儀式的行事( ) 文化的行事( )				
			学校行事	健康安全・体育的行事( )		遠足(旅行)・集団宿泊的行事( )			
				勤労生産・奉仕的行事( ) その他( )					
		2 学校の教育計画に基づいて行われる課外指導を受けている場合		部活動( )、林間学校、臨海学校、水泳指導、生徒指導、進路指導、その他( )					
3 休憩時間中その他校長の指示、承認に基づいて学校にある場合		休憩時間中、昼食時休憩時間中、始業前の特定時間中、授業終了後の特定時間中、その他( )							
4 通常の経路方法により通学する場合及びこれに準ずる場合		登校中、下校中、その他( )		徒歩、バス、鉄道、自転車、原動機付自転車、自動二輪車、その他( )					
5 児童生徒が寄宿舎にあるとき				6 技術教育のための施設において教育を受けているとき					
災害発生 の日時	令和 年 月 日 ( 曜) 午 前 時 分					応急処置や医療機関への移送など災害発生に対して学校側のとった措置状況			
災害発生 の状況 (具体的に に詳記 してく ださい)									
その他参考 となる 事項									
上記のことは事実と相違のないことを証明します。									
学校名及 び所在地									
令和 年 月 日 校長氏名									
※決	定								

- (注) 1 この災害報告書は、義務教育諸学校、高等学校(中等教育学校の後期課程及び特別支援学校の高等部を含む。)、高等専門学校又は専修学校(高等課程に係るものに限る。)の児童、生徒又は学生の災害の場合に使用すること。  
 2 この災害報告書は、第1回目の医療費の請求を行うとき、医療等の状況(訪問看護、治療用装具若しくは生血又は調剤を要した場合は更に訪問看護明細書、治療用装具・生血明細書又は調剤報酬明細書を添付する。)とともに1件ごとに上部をつづり込み、医療費支払請求書に添付すること。  
 3 ※印は、記入しないこと。  
 4 この報告書の用紙は、日本産業規格A4縦型とすること。

## 【成年年齢引き下げに伴う災害共済給付の支払いに関する FAQ（学校向け）】

問 病院等での療養が継続している生徒が、6月に18歳の誕生日を迎える。  
6月以降も医療費の請求が続くが、この場合、受給者は誰になるのか。

(答)

- ・ 病院等から療養を受けた月が、生徒の18歳の誕生日の属する月の翌月以降である場合、生徒が受給者となります。そのため、生徒が6月に誕生日を迎える場合、6月分の医療費までは、保護者が受給者、7月以降の医療費については、生徒が受給者となります。

- ※ 7月分以降の医療費の請求に係る「災害継続報告書」の「保護者等（受給者）氏名」には生徒の氏名を入力します。（別紙1参照）  
災害共済給付オンライン請求システムで「災害継続報告書」を作成すると、初回請求時に入力した保護者等の氏名が記載されるため、生徒の氏名を入力し直します。



問 生徒が18歳に達する年の4月に、対象生徒全員の委任状をあらかじめ徴することは可能か。

(答)

- ・ できません。  
未成年の法律行為は、民法5条により無効となる可能性があります。そのため、委任状を4月頃にまとめて集めるのではなく、必ず成年に達した日以降に取得してください。  
また、未成年のうちに徴した委任状は法定代理人の同意があったとしても民法826条1項が適用され、無効と評価される場合があります。

問 委任状はいつまでに徴すればよいか。

(答)

- ・ 災害（継続）報告書、医療等の状況及び振込口座指定通知書等を市教委に送付する際に、委任状と一緒に送付してください。

問 委任状には決まった様式はないのか。

(答)

- ・ 委任状に決まった様式はありませんが、最小限必要と思われる内容は以下のとおりです。
  - ① 表題及び年月日
  - ② 委任者氏名及びその住所
  - ③ 委任する事柄・権限等についての記載
  - ④ 受任者名及びその住所
- ・ 委任状の様式例（別紙４）と保護者あて文書例（別紙）を添付しましたので参考にしてください。

問 委任状の期限はいつまでとすべきか。

(答)

- ・ 年度単位として３月を基本とします。  
卒業後、医療費の支払者に変更がある可能性もありますので、年度ごとに支払先を確認してください。

【保護者あて文書例】

令和 4 年 月 日

保護者 様

〇〇学校長

成年年齢の引き下げに伴う災害共済給付の支払いに係る対応について

日頃より、本校の教育活動に御理解と御協力を賜りまして感謝申し上げます。

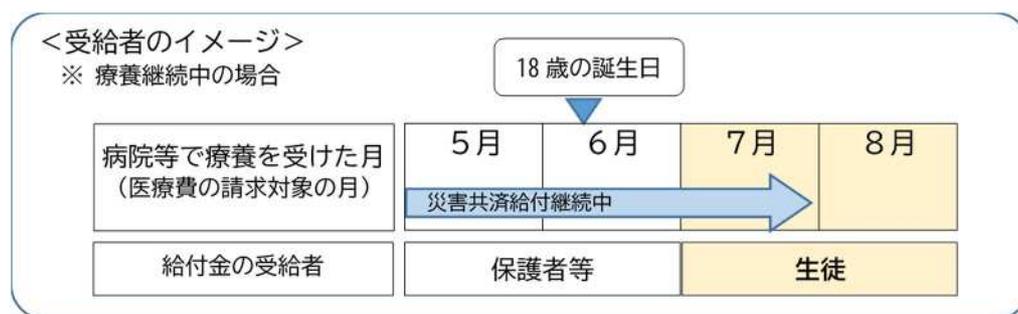
令和 4 年 4 月 1 日、「民法の一部を改正する法律」の施行に伴い、成年年齢が 18 歳に引き下げられ、生徒は、18 歳の誕生日を迎えた時点で民法の成年年齢に達することになりました。

つきましては、独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付について、下記のように対応することとなりましたので、趣旨を御理解の上、御協力いただきますようお願いいたします。

記

1 災害共済給付の給付金の受給者について

- ・ 独立行政法人日本スポーツ振興センター法の規定により、成年に達した生徒については、生徒本人が給付金の受給者となります。（独立行政法人日本スポーツ振興センター法第 15 条 7）
- ・ 医療費については、病院等から療養を受けた月（障害見舞金については、治ゆ又は症状固定した月）が、生徒の 18 歳の誕生日の属する月の翌月以降である場合、生徒が受給者となります。



2 生徒が成年に達した後の給付金の支払に係る手続きについて

- (1) 生徒名義の口座への支払を希望される場合  
所定の用紙に口座情報等を記入し、御提出ください。
- (2) 生徒と異なる名義（保護者等）の口座への支払を希望される場合  
生徒から保護者等に受領の権限を委任する旨の委任状を御提出ください。

担当	
職名	〇〇
電話	△△△△△

# 委任状

代理人 住所  
(受任者)  
氏名  
生年月日

私は、上記の者を代理人と定め次の権限を委任します。

## 委任事項

独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付金を受領する一切の権限

(※委任期限 年 3 月 31 日 まで)

年 月 日

本人 住所  
(委任者)  
氏名  
生年月日  
学校名

保護者様

医療等の状況及び振込口座指定通知書提出について（お願い）

学校（園）の管理下における生徒の災害に対しては、独立行政法人日本スポーツ振興センターから所定の基準によって算定された災害共済給付金が支給されます。この給付金を請求及び支給するために下記の書類が必要ですので、ご提出をお願いいたします。

1 「医療等の状況」等の用紙について

別紙「医療等の状況」「調剤報酬明細書」の用紙を病（医）院、調剤薬局の受付に差出し、療養点数の証明を受けて学校へ提出してください。

**同じ月の用紙が複数枚ある場合（院外処方、複数の医療機関を受診、治療用装具を作成等）は、必ず全部一緒にご提出ください。**

2 「振込口座指定通知書」について

給付金は口座振替払いで支給いたします。生徒の口座情報【金融機関名、口座番号、名義（フリガナのみ）】を下記の用紙でお知らせください。

3 給付金について

災害	災害の範囲	給付金額
けがや病気の場合	医療費総額が5,000円以上（目安として、病院の窓口で支払う額が1,500円以上）のものが対象となります。 <b>ただし、保険診療に限ります。</b>	医療費 ①医療費分として医療費総額の3/10（病院の窓口支払い分） ※高額療養の場合は、自己負担の高額療養費 ②療養雑費分として医療費総額の1/10 計 [①+②] =医療費総額の4/10の額が支給されます。
障害が残った場合	けがや病気の治癒後に残った身体の障害でその程度により1級～14級に区分されます。	障害見舞金 4,000万円（1級）～88万円（14級） （通学中はその半額）
死亡の場合	事故や病気による死亡	死亡見舞金 3,000万円（通学中はその半額）
	突然死	1,500万円
	ただし、体育でのマラソン等 激しい運動中など	3,000万円

4 その他

「医療等の状況」等の用紙と「振込口座指定通知書」は、受診後すみやかに学校へ提出してください。

また、治療が継続している場合は、月毎に「医療等の状況」等の用紙と「振込口座指定通知書」の用紙を提出してください。

**※日本スポーツ振興センターの災害共済給付対象になる場合は、医療費助成を使わず、医療費の自己負担額をお支払いください。**

日本スポーツ振興センター災害共済給付金

※教育委員会処理欄

振込口座指定通知書

（機械で読み取りますので、わかりやすくはっきりと記載してください。）

学校名等	学番	学校名	新潟市立	年	組
フリガナ					
生徒氏名					
生徒住所 (保護者)	住所	(〒 ー ー ) 新潟市 ー 区			
	氏名	※口座名義と同一人物			
金融機関名	銀行名	銀行	支店名	店支店	預金種別 普通
金融機関コード7桁 ※ 必記			口座番号 (7桁右詰)		
口座名義 <b>カタカナ</b>	<b>カタカナ</b>	姓	名	続柄	本人・父・母 その他 ( )

注 (1) 災害共済給付金は、生徒に支給されるものです。なお、保護者に受領権限を委任する場合は委任状が必要となります。

(2) 金融機関名、金融機関コード、口座番号及び口座名義（カタカナ）は、必ず預金通帳によって正確に記入してください。

(3) 現金での扱いはできませんのでご了承ください。

## 6 医療券

### (1) 医療券



# (1) 医療券

## 医療券事務の取り扱い

### 1 医療券の交付

#### (1) 要保護の児童生徒

申請があったら「医療券」を交付する。

#### (2) 準要保護の児童生徒（就学援助費申請書提出者）

ア 就学援助認定結果通知が出るまでの間は、学校病の治療について、申し出等があった場合、申請者全員に交付する。

ただし、否認定の場合はさかのぼって医療費を支払ってもら旨記載した保護者宛の文書も同時に渡し、周知を図る。

イ 否認定の場合、すでに交付した医療券は使用できないことを伝え、すぐに回収する。

ウ 否認定者に医療券は絶対に交付しない。

### 2 医療券の提出

#### (1) 「医療券の提出について」（券-12）に医療券を添付し、保健給食課に提出する。

認定結果前の準要保護の児童生徒分についても全て提出する。ただし、支払いは認定結果後まで保留扱いとする。

#### (2) 否認定の児童生徒の医療券は絶対に提出しない。

#### (3) 提出期限は、毎月1日～15日必着。

### 3 医療費援助の対象となる学校病（学校保健安全法施行令第8条）

眼 科	トラコーマ及び結膜炎（アレルギー性結膜炎は除く）
皮 膚 科	白癬、疥癬、膿痂疹
耳鼻咽喉科	中耳炎・慢性副鼻腔炎及びアデノイド（アレルギー性副鼻腔炎は対象外）
内 科	寄生虫病（虫卵保有を含む）
歯 科	う歯（保険診療の対象となる治療）

### 4 医療費援助額

#### (1) 要保護の児童生徒

学校病の治療のために要した医療費の全額。ただし、社会保険等に加入している被扶養者の場合は、社会保険等からの給付額を控除した額（3割の自己負担額）

#### (2) 準要保護の児童生徒

学校病の治療のために要した医療費から社会保険等からの給付額を控除した額（3割の自己負担額）

※学校病の治療は医療券が優先するので、こども医療費助成やひとり親家庭等医療費助成、重度心身障害者医療費助成の受給者証は使用しない。

#### (3) 医療券を使わず、受診→その後さかのぼり認定された場合

医療機関に確認→医療機関が払い戻しOKならば、医療券を交付する。

#### (4) 否認定になりさかのぼりで医療費の支払時、こども医療費助成は使えず3割支払った場合、払い戻しができる。（券-15参照）

#### (5) 正式な認定結果通知（7月下旬頃）後、学校に否認定者の医療費の支払についての保護者あて文書を送付するので、否認定者に医療費の支払いを確実に行ってもらう。

## 医療券事務の流れ

保護者	①医療券交付申し出
学 校	②医療券交付準備 ・医療券の印刷：A4 両面印刷、学校名・学番・年度を記入して印刷しても可 ・保護者あて文書の印刷（勧告用と申出用あり）
	③書類作成 ・医療券（医科用、歯科用）：医科は該当病名に丸印を付ける。歯科は記入不要 ・学校病被患者調書兼医療台帳の記入
	④医療券交付 ・医療券、保護者あて文封筒に入れ交付する。 ※ 調剤薬局分がある場合は同様に医科用の医療券を発行
保護者	⑤医療機関受診 医療券（医師用、歯科用）と保険証等を持参
医療機関	⑥医療費請求（医療券返却）
保護者	⑦医療券を封筒に入れて学校へ提出
学 校	⑧医療券の点検（不備がある場合は医療機関に返却して訂正してもらう） ※ 調剤薬局が病名記入していなくても受付可
	⑨学校病被患者調書兼医療台帳の記入
	⑩提出書作成
	⑪提出書及び医療券の提出（毎月1日～15日必着）
保健給食課	⑫集計 提出書及び医療券の点検 経費執行伺兼支出命令書作成 ※認定結果が出るまで送付された医療券は支払いを保留する。 （前年度分、要保護分は除く）
会 計 課	⑬支払（各医療機関の口座へ振込み）
保健給食課	⑭各医療機関へ医療費支払通知

### <否認定者の医療券の扱い>

学 校	台帳の備考欄に否認定と記載、未回収分はすぐに回収する。
保健給食課	医療券及び保護者あて医療費支払通知文を学校へ送付する。 医療機関に医療費の支払いについて通知する。
保護者	医療機関へ支払をする。

# 医 科 用

年度		所属	保健給食課
----	--	----	-------

(学校記入欄)

医療券(学校保健安全法) 新潟市教育委員会		学番	学校名		<input type="checkbox"/> 要保護 <input type="checkbox"/> 準要保護 <input type="checkbox"/> 避難者 認定番号(準要保護のみ記載)		
	年	組	氏名				
病 名	<input type="checkbox"/> トラコーマ		<input type="checkbox"/> 結膜炎	<input type="checkbox"/> 白癬	<input type="checkbox"/> 疥癬		
	<input type="checkbox"/> 膿痂疹		<input type="checkbox"/> 中耳炎	<input type="checkbox"/> アデノイド			
	<input type="checkbox"/> 慢性副鼻腔炎		<input type="checkbox"/> 寄生虫病(虫卵保有を含む)				
				交 付 番 号	第                      号		
				交 付 年 月 日	年      月      日		

(医療機関記入欄：裏面を必ずご覧ください)

<h2 style="margin: 0;">請 求 書</h2> <div style="border: 1px dashed black; width: 150px; height: 20px; margin: 10px auto;"></div>															
令和    年    月 分				<table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">金額</td> <td style="width: 20px; border: 1px dashed black;"> </td> <td style="width: 20px; border: 1px dashed black;">千</td> <td style="width: 20px; border: 1px dashed black;"> </td> <td style="width: 20px; border: 1px dashed black;">円</td> </tr> </table>			金額		千		円		転帰    治ゆ・繰越・中止		
金額		千		円											
診 療 報 酬 明 細 書	病 名				診療開始日	診療実日数	月      日から 月      日まで								
	診察料		点	その他		点									
	投薬料		点			点									
	注射料		点			点									
	処置料		点	合計点数		点									
	手術及び 麻酔料		点	請 求 内 容	新潟市請求額		円								
	社会保険 等の種類		健保・国保・共済組合・その他		請 求 内 容	社会保険等請求額		円							
1. 請求額は、10円未満の端数調整をせず、1円単位で記入してください。 2. 記載を誤った場合は、2本線で抹消し代表者印を押印し正しい内容を記入してください。 3. 医療機関代表者の押印は不要となりました。				上記のとおり請求しますので、口座振込申込書で届けてある口座へお支払いください。  <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> <h3>新潟市長様</h3> <p>住 所 〒</p> <p>医療機関名</p> <p>代表者氏名</p> <p>電話            (            )</p> </div>											

新潟市では、学校保健安全法の定めるところにより、要保護又は準要保護の児童生徒が次の疾病にかかった場合、その治療のため保護者が負担する医療費を援助しています。

健康診断の結果、学校病の疑いがあるため治療勧告をいたしました。診断のうえ、学校病に該当する場合はこの「請求書」により医療費をご請求くださるようお願いいたします。

**また、この制度は就学援助の認定者が対象となりますので、申請した保護者が審査の結果、否認となった場合は、後日保護者から医療機関へ直接医療費をお支払いいたしますので、あらかじめご了承ください。**

### 1. 医療費援助の対象となる学校病

眼 科	トラコーマ及び結膜炎（アレルギー性結膜炎は含まれません）
皮 膚 科	白癬、疥癬及び膿痂疹
耳鼻咽喉科	中耳炎、アデノイド及び慢性副鼻腔炎（アレルギー性副鼻腔炎は含まれません）
内 科	寄生虫病（虫卵保有を含む）

### 2. 医療費援助額

#### (1) 要保護の児童生徒

医療（学校病）に要した費用の全額。ただし社会保険等に加入している場合は、被扶養者として社会保険等から給付を受ける額を控除した額（保険診療における一部負担金）

#### (2) 準要保護の児童生徒

医療（学校病）に要した費用の全額から被扶養者として社会保険等から給付を受ける額を控除した額（保険診療における一部負担金）

**※子ども医療費助成、ひとり親家庭等医療費助成、重度心身障がい者医療費助成の受給者証をお持ちの方についても、学校病の治療は学校保健安全法が優先しますので、受給者証は使用せずに、この請求書で上記のとおり医療費を請求してください。**

### 3. 請求方法

(1) 請求書の医療機関記入欄に必要事項を漏れなく記入し、保護者又は児童生徒にお渡しするか、郵送等で毎月10日までに学校へ届くようにしてください。なお、請求は原則として毎月請求ですので、長期に継続する場合は1ヶ月ごとに提出願います。

(2) 新潟市請求額及び社会保険等請求額は10円未満の端数調整をせず、1円単位で記入してください。

(3) 医療費は、別途登録されたご指定の口座に振込みます。なお、ご指定の口座を登録（変更）される場合は、下記問い合わせ先にご連絡ください。

(4) 記載を誤った場合は、2本線で抹消のうえ代表者印を押印し正しい内容を記入してください。

○お問い合わせ先  
新潟市教育委員会保健給食課保健係  
就学援助医療費担当  
電話025-226-3206（直通）

# 歯 科 用

年度		所属	保健給食課
----	--	----	-------

(学校記入欄)

医療券(学校保健安全法) 新潟市教育委員会		学番	学校名		<input type="checkbox"/> 要保護 <input type="checkbox"/> 準要保護 <input type="checkbox"/> 避難者		
				認定番号(準要保護のみ記載)			
	年		組	氏名			
病 名	う 歯			交 付 番 号	第            号		
				交 付 年 月 日	年    月    日		

(医療機関記入欄：裏面を必ずご覧ください)

<h2 style="margin: 0;">請 求 書</h2> <div style="border: 1px dashed black; width: 150px; height: 20px; margin: 10px auto;"></div> <table border="1" style="margin: 10px auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">金額</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">千</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">円</td> </tr> </table>								金額		千		円
金額		千		円								
令和    年    月 分						転帰	治ゆ・繰越・中止					
診 療 報 酬 明 細 書	診療開始日		診療実日数		月    日から    月    日まで							
	年    月    日		日									
	診 療 日		う歯部位			合計点数						
	月            日 日 日 日					点						
			請 求 内 容	新潟市請求額		円						
社会保険 等の種類	健保・国保・共済組合・その他			社会保険等請求額		円						
1. 請求額は、10円未満の端数調整をせず、1円単位で記入してください。  2. 記載を誤った場合は、2本線で抹消し代表者印を押印し正しい内容を記入してください。  3. 医療機関代表者の押印は不要となりました。			<p style="text-align: center;">上記のとおり請求しますので、口座振込申込書で届けてある口座へお支払いください。</p> <p style="text-align: center; font-size: 1.2em;">新潟市長様</p> <p style="text-align: center;">住 所 〒</p> <p style="text-align: center;">医療機関名</p> <p style="text-align: center;">代表者氏名</p> <p style="text-align: center;">電 話            (            )</p>									

新潟市では、学校保健安全法の定めるところにより、要保護又は準要保護の児童生徒が次の疾病にかかった場合、その治療のため保護者が負担する医療費を援助しています。

健康診断の結果、学校病の疑いがあるため治療勧告をいたしました。診断のうえ、学校病に該当する場合はこの「請求書」により医療費をご請求くださるようお願いいたします。

医療券を持参しても、就学援助の対象となる疾病でない場合は、この医療券を使用しないでください（学校へ返却するようお願いしてください。）

**また、この制度は就学援助の認定者が対象となりますので、申請した保護者が審査の結果、否認となった場合は、後日保護者から医療機関へ直接医療費をお支払いいたしますので、あらかじめご了承ください。**

1. 医療費援助の対象となる学校病

- う 歯 保険診療の対象となる治療  
う歯に処置するシーラントは対象になります。

※ 医療費援助の対象にならないもの

- う歯でない要注意乳歯の抜歯、歯肉炎、歯石、C O、G O  
健全歯に処置するシーラント、歯科衛生指導等

2. 医療費援助額

(1) 要保護の児童生徒

医療（学校病）に要した費用の全額。ただし社会保険等に加入している場合は、被扶養者として社会保険等から給付を受ける額を控除した額（保険診療における一部負担金）

(2) 準要保護の児童生徒

医療（学校病）に要した費用の全額から被扶養者として社会保険等から給付を受ける額を控除した額（保険診療における一部負担金）

**※こども医療費助成、ひとり親家庭等医療費助成、重度心身障がい者医療費助成の受給者証をお持ちの方についても、学校病の治療は学校保健安全法が優先しますので、受給者証は使用せずに、この請求書で上記のとおり医療費を請求してください。**

3. 請求方法

(1) 請求書の医療機関記入欄に必要事項を漏れなく記入し、保護者又は児童生徒にお渡しするか、郵送等で毎月10日までに学校へ届くようにしてください。なお、請求は原則として毎月請求ですので、長期に継続する場合は1ヶ月ごとに提出願います。

(2) 新潟市請求額及び社会保険等請求額は10円未満の端数調整をせず、1円単位で記入してください。

(3) 医療費は、別途登録されたご指定の口座に振込みます。なお、ご指定の口座を登録（変更）される場合は、下記問い合わせ先にご連絡ください。

(4) 記載を誤った場合は、2本線で抹消のうえ代表者印を押印し正しい内容を記入してください。

○お問い合わせ先  
新潟市教育委員会保健給食課保健係  
就学援助医療費担当  
電話025-226-3206（直通）

(勧告用)

年 月 日

保護者様

長

### 学校病の医療費及び医療券の使用について（通知）

健康診断において、お子さんに別紙のとおり病気の疑いがありましたので早めに専門医の診断を受けられるようお願いします。

受診の結果、下記の学校病と診断された場合、要保護又は準要保護の児童生徒については、その医療費の窓口負担分（保険診療分のみ）は新潟市が援助することになっております。

#### 1. 医療費援助の対象となる疾病（学校病）

眼 科	トラコーマ，結膜炎（アレルギー性結膜炎は含まれません）
皮膚科	白癬 <sup>はくせん</sup> ，疥癬 <sup>かいせん</sup> ，膿痂疹 <sup>のうかしん</sup> （とびひ）
耳鼻咽喉科	中耳炎，慢性副鼻腔炎（蓄膿症），アデノイド
内科	寄生虫病（虫卵保有を含む）
歯科	う歯（むし歯）

※保険診療でも、う歯でない要注意乳歯や歯科衛生指導等は対象になりません。

#### 2. 医療券の使用について

- ①医療機関へ行かれたら、窓口で「医療券」で受診できるかどうか確認し、同封の「医療券請求書」と「健康保険被保険者証」を併せて提出してください。
- ②治療が終わりましたら医療機関から医療券請求書を受け取り、封筒に入れ至急学校へ提出してください（翌月に継続する場合は月末に記入してもらったものを翌月10日までに提出）。医療券をもとに医療機関へ医療費を振込みしますので、学校への提出忘れ、紛失等にくれぐれもご注意ください。なお、医療機関等によっては、郵送等で直接学校へ提出される場合があります。
- ③医療券を使用しなかった場合は封筒に入れ、必ず学校へお返してください。また紛失された場合はご連絡ください。

#### 3. その他注意事項

- 就学援助を申請された方全員に医療券を発行いたしますが、審査の結果否認定となった場合は、保護者負担分の医療費をさかのぼって医療機関にお支払いいただきますので、あらかじめご承知おきください。

(申出用)

令和 年 月 日

保護者様

長

### 学校病の医療費及び医療券の使用について（通知）

新潟市では、学校保健安全法の定めるところにより、要保護又は準要保護の児童生徒が下記の疾病（学校病）にかかった場合、その医療費の窓口負担分（保険診療分のみ）を援助しています。

#### 1. 医療費援助の対象となる疾病（学校病）

眼 科	トラコーマ，結膜炎（アレルギー性結膜炎は含まれません）
皮 膚 科	白癬 <sup>はくせん</sup> ，疥癬 <sup>かいせん</sup> ，膿痂疹 <sup>のうかしん</sup> （とびひ）
耳 鼻 咽 喉 科	中耳炎，慢性副鼻腔炎（蓄膿症），アデノイド
内 科	寄生虫病（虫卵保有を含む）
歯 科	う歯（むし歯）

※保険診療でも，う歯でない要注意乳歯や歯科衛生指導等は対象になりません。

#### 2. 医療券の使用について

- ①医療機関へ行かれたら，窓口で「医療券」で受診できるかどうか確認し，同封の「医療券請求書」と「健康保険被保険者証」を併せて提出してください。
- ②治療が終わりましたら医療機関から医療券請求書を受け取り，封筒に入れ至急学校へ提出してください（翌月に継続する場合は月末に記入してもらったものを翌月10日までに提出）。**医療券をもとに医療機関へ医療費を振込しますので，学校への提出忘れ，紛失等にくれぐれもご注意ください。**なお，医療機関等によっては，郵送等で直接学校へ提出される場合があります。
- ③医療券を使用しなかった場合は封筒に入れ，必ず学校へお返してください。また紛失された場合はご連絡ください。

#### 3. その他注意事項

- 就学援助を申請された方全員に医療券を発行いたしますが，審査の結果否認定となった場合は，保護者負担分の医療費をさかのぼって医療機関にお支払いいただきますので，あらかじめご承知おきください。

(否認定の保護者あて)

新教保第 号  
〇〇XX年X月X日

様

新潟市教育委員会  
保健給食課長

### 医療費の支払いについて(通知)

あなたが、本年度申請された就学援助について、審査の結果否認定となりましたので、これまで医療券を使用してお子さんが受診された医療費については、さかのぼって医療機関等にお支払いいただくことになります。

つきましては、支払期限までに受診された医療機関もしくは調剤薬局で下記の金額をお支払いください。なお、子ども医療費助成等の受給者証をお持ちの方は医療費助成を受けることができますので窓口で受給者証を提示してください。

この通知が届く以前にお支払いを済まされた場合は、悪しからずご了承ください。

#### 記

学校名	学年・組	児童生徒氏名	医療機関名	月分	金額

合計 0 件  
0 円

支払期限 X月X日

問い合わせ先  
新潟市教育委員会保健給食課保健係  
就学援助担当  
電話 025-226-3206

(否認定者が受診した医療機関あて)

新教保第 号の2  
〇〇XX年X月X日

様

新潟市教育委員会  
保健給食課長

### 医療費の支払いについて(通知)

日頃は、新潟市就学援助事業の医療費補助業務につきまして、ご理解ご協力を賜り厚く御礼申し上げます。  
さて、先に医療券でご請求いただいた下記の医療費につきまして、就学援助申請をした保護者が審査の結果、否認定となったため、請求金額については新潟市からではなく、保護者からお支払いいただくことになりましたので通知いたします。

つきましては、保護者が下記金額を直接窓口でお支払いいたしますので、ご確認の上お受け取りくださいますようお願いいたします。なお、こども医療費助成等の受給者証をお持ちの方は助成を受けることができますので窓口での対応をお願いいたします。

万一期限までに支払われない場合は、お手数でも保健給食課へご連絡くださいますようお願いいたします。

#### 記

学校名	学年・組	児童生徒氏名	月分	金額

合計 0 件  
0 円

支払期限 X月X日

問い合わせ先  
新潟市教育委員会保健給食課保健係  
就学援助担当  
電話 025-226-3206

学校病被患者調書兼医療台帳

○医療券を発行する時に記入

要・準	年・組	氏名	トラコーマ	結膜炎	伝染性皮膚疾患	中耳炎	アデノイド	慢性副鼻腔炎	寄生虫病	う歯	交付番号	交付月日	受理月日	提出月日	備考 (認定結果・回収状況等記入)
要・準	—											/	/	/	
認定番号															
要・準	—											/	/	/	
要・準	—											/	/	/	
要・準	—											/	/	/	
要・準	—											/	/	/	
要・準	—											/	/	/	
要・準	—											/	/	/	
要・準	—											/	/	/	
要・準	—											/	/	/	
要・準	—											/	/	/	
要・準	—											/	/	/	
要・準	—											/	/	/	

※1 毎月医療券の回収確認をしてください。

※2 認定結果が否認定場合は、発行済の医療券をただちに回収してください。

◇否認定者には医療券を絶対に発行しないでください。

[平成27年度 改定-2]

年 月 日

学番	
----	--

保健給食課長 様

学校長

医療券の提出について

このことについて、下記のとおり提出します。

記

                    月提出分                計                枚

# 記入方法

## (医療券)

医療券を発行するときに  
すべて記入する  
記載を誤った場合は2本線で抹消し訂  
正する

医 科 用		要保護・準要保護	
(学校記入欄)		認定番号	
医療券(学校保健安全法) 新潟市教育委員会	学校名	交付番号	第 号
年 組	氏名	交付年月日	年 月 日
病 名	・トラコーマ ・結膜炎・白癩・疥癬 ・膿痂疹 ・中耳炎 ・アデノイド ・急性副鼻腔炎 ・寄生虫病(虫卵保有を含む)		

該当する方に✓を入れる

年度を記入する

年度 所属 保健給食課

準要保護の場合は認定番号を記入する  
要保護の場合は空欄とする

発行時に交付番号と交付年月日を  
必ず記入する

(医療機関記入欄)

記入もれ・誤りがないか確認する  
記載を誤った場合は2本線で抹消  
し、訂正する

平成 年 月 分		診療開始日	診療要日数	転滞	治癒・繰越・中止
診 療	病 名	年 月 日	日	月 月	日から 日まで
報 酬	診察料	点	その他		点
	投薬料	点			点
	注射料	点			点
明 細	処置料	点	合計点数		点
	手術及び 麻酔料	点	新 潟 市 請 求 額		円
書	社会保険 等の種類	健保・国保・共済組合・その他	内 容	社会保険等請求額	円

金額 千 百 円

請求書

新潟市長様

住所 〒 氏名 医療機関 電話 ( )

請求番号

同額

○要保護で保険証がない場合  
新潟市請求額 10割

○要保護で保険証がある場合  
新潟市請求額 3割(1円単位)  
社会保険等請求額 7割(1円単位)

○準要保護の場合  
保険証の有無にかかわらず  
新潟市請求額 3割(1円単位)  
社会保険等請求額 7割(1円単位)

加入している社会保険を○で囲む  
要保護で保険証がない場合、「その他」を○  
で囲む  
該当するものがない場合は余白に記入する

1. 請求額は、10円未満の端数を調整せず、1円単位で記入してください。

2. 記載を誤った場合は修正液を使用せず、2本線で抹消し請求印と同じ印を押印してください。

上記のとおり請求しますので、口座振込申込書で届けてある口座へお支払いください。

※提出前に必ず確認

## 医療券事務の注意点

### 発行時

- 医療券は必ず両面印刷をする。
- 発行するときは医療券の学校記入欄をすべて記入する。 券－13参照
- 準要保護者は認定番号を必ず記入する。  
前年度申請した人は、原則翌年度以降も同じ認定番号となる。  
新規申請者は、認定結果が出るまでは「新規」と記入。認定後は番号を必ず記入する。
- 台帳に記入後、医療券を発行する。
- 就学援助の認定結果以降は、否認定者へ医療券を絶対に発行しない。  
未回収の医療券はただちに回収する。

### 提出時

- 提出前に正しく記載されているか確認し、されてないものは医療機関に訂正してもらう。  
(主な確認事項) 券－13参照
  - ・請求額が正しく計算されているか
  - ・請求額が1円単位で記載されているか
  - ・金額の訂正は、間違った数字だけでなく、すべての数字を2本線で抹消し、訂正する。
- 記載ミスにより返戻された医療券は、医療機関で訂正し再提出する。
- 請求があれば毎月必ず提出する。 ×たまったら ×数ヶ月おき
- 医療券は、毎月回収確認をする。
- 就学援助の認定結果後に否認定者から提出があった場合は、保健給食課へ提出せず、すぐに医療機関へ支払に行ってもらおう。

### その他

- 今年度発行の医療券は、今年度の診療分のみ使用できる。  
4月以降に診療するものは、新年度発行の医療券を使用する。
- 4月以降は前年度分の医療券をさかのぼって発行できない。  
※ただし、4月中に限り、3月診療分の医療券の発行を認める。

# 払い戻しの手続き

## 必要なもの

- ①領収書(診療点数、自己負担額、入院期間などの記載があるもの)
  - ②預貯金の口座情報(受給者名義に限る)
  - ③受給者証
  - ④印鑑◇
  - ⑤健康保険組合などが発行した支給決定通知書<コピー可>  
(高額療養費に該当する場合、治療用装具や食事療養費などの費用の一部を助成申請する場合に必要)
  - ⑥医師が発行した証明書<コピー可>  
(治療用装具や弱視用メガネなどの費用の一部を助成申請する場合に必要)
  - ⑦子ども医療費助成支給申請書(窓口を用意してあります、インターネットからもダウンロードできます。)
- ◇申請書に受給者本人が署名する場合は不要です。

手続きの方法、用紙のダウンロードは19ページをご覧ください。

## 振り込みまでの日数

- ①毎月20日に受付を締め切り、翌月25日に振り込みます。
- ②25日が金融機関休業日の場合は、前の営業日に振り込みます。
- ③振り込みの通知はしません。
- ④審査などの確認作業のため、振り込みが遅れる場合があります。  
あらかじめご了承ください。

## 注意点

- 払い戻しの有効期間
  - ・医療費を支払った後、2年以内であれば払い戻しの手続きをすることができます。ただし、診療当時に受給資格があることが必要です。
  - ・原則受診した翌月以降に手続きをしてください。
- 領収書
  - ・原則として領収書原本を提示してください。助成申請済みであることを示すスタンプを押印のうえ、領収書はお返しします。
- 振り込み先
  - ・受給者(受給者証に記載)以外の口座は指定できません。

新潟県公金

領収控（税外収入金）

収入区分	所 属	年 度	会 社	繰 区
01	046600	27	01	0
※ 添付番号 内訳番号 新幹区分				
1500541				
D 出				

納入義務者  
新潟市

金額	6,520 円
内 容	
納期	平成 27 年 10 月 27 日
所 属	はまぐみ小児療育センター

平成 27 年 9 月 28 日

領収日付印

納入場所  
新潟県指定金融機関等に指定された金融機関

①所属→納入義務者→指定金融機関等

新潟県公金

領収済通知書（県税徴収金外収入）

この用紙は、直接機械に読み取らせませんので、  
（折したり折り曲げたりしないでください。）

様式	区分	所 属	年度	会 社	決済番号	内訳番号
[21]	01	046600	27	01	01500541	000000009
※ 予算計上課 科目 等 金 額						
04026000000005800000000065206						
0000000000000000000000000000001						

納入義務者  
新潟県新潟市中央区学校町通 1 番  
新 町 602-1  
新潟市

金額	6,520 円
内 容	
納期	平成 27 年 10 月 27 日
科目等名称	01
所 属	はまぐみ小児療育センター

平成 27 年 9 月 28 日

所轄区分 D（出） 01

領収日付印

本書の金額を  
領収したので通知します  
新潟県会計管理者様

②所属→納入義務者→指定金融機関等→出納局

新潟県公金

納入通知書兼領収証書

収入区分	所 属	年 度	会 社	繰 区	添付番号	内訳番号
01	046600	27	01	0	1500541	

〒 951-8126  
新潟県新潟市中央区学校町通 1 番  
新 町 602-1  
新潟市 様

金額	6,520 円
内 容	診療費等使用料（学校保険・う歯）
納期	平成 27 年 10 月 27 日
科目等名称	肢体不自由児施設使用料
所 属	はまぐみ小児療育センター

本書のとおり納入してください  
平成 27 年 9 月 28 日  
歳入徴収者  
上記のとおり領収しました

領収日付印



新潟県はまぐみ小児療育センター  
所 長 東 洋 子  
納入場所：新潟県指定金融機関等に指定された金融機関

③所属→納入義務者→指定金融機関等

## 7 発生報告

- (1) アタマジラミ発生報告
- (2) 感染症発生報告
- (3) 臨時休業について(報告)
- (4) 食中毒発生報告



## (1) アタマジラミ発生報告

30.2.15 改訂

- 1 学校・園は、アタマジラミ発生報告書を、翌月の5日（必着）までに保健給食課（課のアドレス）へ提出すること。  
※ データは、保健所環境衛生課および保育課へ報告するため、報告期日は、厳守する。
  
- 2 報告方法 保健給食課メール (hokyu@city.niigata.lg.jp) へ送信  
件名・ファイル名とも 「学番（半角）学校名 シラミ」  
（例）1901 保健小シラミ           （例）5000 保健幼シラミ
  
- 3 記入上の注意
  - (1) 学番を記入する。
  - (2) 入力方法 発生日 4/21 と入力→4月21日と表示される。
  - (3) 多発発生時は、報告期日に限らず、報告する。
  - (4) 幼稚園場合の記入欄  
3歳児→3年  
4歳児→4年  
5歳児→5年



# 学校（園）アタマジラミ対応マニュアル

27.3月作成

保健給食課（担当保健係）

## 1 アタマジラミが発生していない時について

### (1) 保護者に対して

アタマジラミについて知らない人が多くなったことより、年度当初等、近年の状況を伝え、家で見つけた場合は、速やかに学校（園）への連絡と発見時の協力をお願いしてください。

### (2) 職員に対して

社会的誤解や差別をしないように、正しい知識ならびに発生時の対応を平素より理解しておくことが大切です。

## 2 アタマジラミを発見した時について

### (1) 保護者に対して

- ① 一人でもアタマジラミの発生を把握した時、速やかにお便り等で知らせてください。
- ② 「学校（園）でもチェックをします。家庭では家族全員のチェックとみつかったら駆除対応をお願いします。」と協力依頼をしてください。
- ③ 学校から一方的な情報提供にならないように、保護者の状況を見て資料提供を行います。

### (2) 職員に対して

- ① アタマジラミの判断や対応が難しい場合は、教育委員会（保健給食課保健係担当）または保健所（環境衛生課生活環境係）に連絡して相談をお願いします。
- ② プライバシーを配慮しながら必要に応じて児童（園児）の頭部チェックをしてください。…駆除が完了するまで継続観察を行ってください。
- ③ 帽子、タオル、ハンカチ、くし等の共用はしないようにさせてください。
- ④ 帽子、体操着などの衣類の洗濯は通常どおりの間隔でよいです。
- ⑤ 感染者のプライバシーに配慮して保護者や児童（園児）に接しましょう。  
例：「どこのクラスですか？」の問いに安易に答えない。アタマジラミのある児童（園児）を特別扱いしないようにしてください。
- ⑥ 弟妹が幼稚園や保育園にいたら、その担当者へ地域の保健情報として電話等の連絡をしてください。（個人情報に留意する。）
- ⑦ 月初め（5日締め切り）教育委員会保健給食課保健係担当へアタマジラミの報告をお願いします。

## 3 アタマジラミのいる児童（園児）の保護者に対する対応について

- (1) 保護者から発生報告があった場合、適正な駆除をすれば治ることを説明してください。

- (2) 頭皮から近い位置 (2~3 センチ) ある卵のついた髪の毛の切り取りとりその後、駆除薬剤 (商品名: スミスリンシャンプー・スミスリンパウダー, シラミ取りシャンプーなど) による駆除をお願いしてください。
- (3) 家庭と情報を共有しながら、駆除開始から完了まで丁寧に確認しましょう。  
(必要に応じ、別紙を用いて一緒に確認するのも一つの方法です。)
- (4) スミスリンシャンプー4回終了後、頭皮の近くに卵がなければ、駆除薬剤を使わず3~4日様子を見ます。その後、卵が確認できなければ一旦駆除は完了となりますが、校内 (園内) で被害が拡散している場合、継続的に卵の有無を確認することが大切です。  
(スミスリンシャンプーを使用して10日間きちんと駆除を行うこと。)
- (5) 医療機関は、アタマジラミの吸血による頭皮の掻き傷や炎症の治療をしますが、シラミそのものの駆除はしません。(駆除に関するアドバイスはしてもらえます。)
- (6) アタマジラミの駆除は基本的に家庭で行ってもらいます。(医師の治療したという診断がなければ駆除されていないということではありません。)

#### 4 アタマジラミを駆除完了したら

- (1) 保護者に対して駆除を完了したことに対してお便りを出すと保護者も安心します。

#### 【参考資料】

～アタマジラミは「早期発見・一斉駆除」がポイント～

- 1 一人でも駆除を怠ると集団発生や再被害の繰り返しとなります。
- 2 誤った情報が保護者や職員の間であるような場合は、必要に応じて保健所職員を講師とした勉強会を学校で開催することもできます。
- 3 アタマジラミを早期駆除のポイント
  - (1) 髪の毛を短く切る (坊主刈り程度) ことは、早期に駆除できる対処法です。
  - (2) アタマジラミは頭髮だけに寄生する虫ですので髪の毛がなかったら住むところなくなり、寄生ができなくなります。また、卵も産み付ける場所がないので、短期間のうちに繁殖を抑えることができます。
  - (3) 髪の毛を短く切ることは早い効果があります。しかし、学校 (園) が髪の毛を短く切ることにについて抵抗を示す児童や家庭もあると思われます。児童 (園児) や家庭の実情や実態にあわせて強制したりせず、対処法を保護者と相談して進めることが大切です。また、スポーツ刈りなど出来るだけ短く切るだけでも効果はあることを伝えてください。
  - (4) 髪の毛が短いとアタマジラミの繁殖・活動場所がかなり減り、スミスリンシャンプーなどの駆除もしやすくなります。
  - (5) シラミが卵を産みつける場所は毛根から2~3cmの位置ですので成虫の生息と卵の確認が目で見えないようなら、ほぼ、完治していると思われます。
  - (6) 女の子は坊主刈りにすることはできませんが、髪の毛を短くすることは可能ですので児童 (園児) 家庭の実情に合わせた助言をお願いします。

平成〇〇年〇月〇日

保護者様

〇〇〇〇学校

学校長(園長) 〇〇 〇〇

### アタマジラミについて (お知らせ)

アタマジラミが見つかったと保護者の方から連絡をいただきました。アタマジラミは髪の毛の根元に0.5mm程の白い卵を産む吸血性の昆虫で年間通して感染がみられます。「不潔だ」「だらしない」と誤ったイメージが先行しがちですが、誰にでも感染する可能性があります。お子さんにアタマジラミを見つけても、決してあわてることはありません。きちんと対応すれば、10日間くらいで駆除できます。学校(園)と家庭が協力し早期発見・一斉駆除することが大切ですので、下記の点について留意してご協力をお願いいたします。

#### 記

#### 1 アタマジラミの見分け方・キーポイント

- (1) 成虫は見つけにくいので髪の毛についた卵を見つけましょう。
- (2) 耳の後ろや後頭部やえりあしの髪の毛の根元にある卵を発見することが大切です。毛先にある卵はすでにう化している状態が多いため早めに駆除対応をお願いします。
- (3) う化後の卵はカラのまま髪の毛に付着したまま残ります(薬剤では取れません)ので、スキグシを使用するか、その部分の髪の毛を切り、除去してください。
- (4) 卵はフケと間違いやすいですが、髪の毛に付着しているので簡単には取れません。
- (5) やたらと頭をかゆがったら、そっと調べてみましょう。
- (6) 卵が見つかりましたら学校(園)にお知らせください。(学校でも必要に応じてチェックします)。

#### 2 アタマジラミの駆除の仕方について

アタマジラミ駆除医薬品(スミスリンパウダー・スミスリンシャンプー)で駆除しましょう。

- ① アタマジラミかどうか不明な場合は、医療機関(皮膚科)等でも確認・相談はできますが、シラミの駆除はできません。
- ② 使用方法を読んで正しく使用すれば10日間くらいで駆除できます。
- ③ アタマジラミ駆除医薬品は薬局で購入できます。子どもは洗い方が十分とはいえませんので、大人が髪の毛の付け根まで十分に洗ってやりましょう。
- ④ アタマジラミ駆除医薬品で発生未然防止(予防)はできません。

## スミスリンシャンプー確認表

シラミ発見	月 日 ( )	スミスリンシャンプー	経 過	
1日目	/ ( )	1回目	成虫・幼虫を駆除	産卵駆除  卵がついたらすきぐしでとるか、その付着部分の髪の毛を切る。
2日目	/ ( )			
3日目	/ ( )			
4日目	/ ( )	2回目	う化した幼虫を駆除	
5日目	/ ( )			
6日目	/ ( )			
7日目	/ ( )	3回目	う化した幼虫を駆除	
8日目	/ ( )			
9日目	/ ( )			
10日目	/ ( )	4回目	う化した幼虫を駆除	
14日目	/ ( )	シャンプー終了後4日間、卵やかゆみがなければ駆除完了		

- スミスリンシャンプーまたは、スミスリンパウダーを10日間使いましょう。  
薬局で購入できます。

## 【スミスリンシャンプーのポイント】

- ① アタマジラミに薬がよくいきわたるようにシャンプーして必ず5分置く。
- ② 大人が流してあげる。
- ③ シャンプーを少ししたとか、卵が見つからないとって途中で止めず、きちんと10日間使うこと。途中で止めると不完全に終わり、さらに日数がかかります。
- ④ 誰にでもうつります。  
家族全員チェックし、アタマジラミが見つかった人は一緒にシャンプーを使用して駆除しましょう。ただし、アタマジラミがいない場合、このシャンプーを使っても予防することはできません。
- ⑤ シャンプーで駆除しながら、卵や殻を見つけたら切り取りましょう。  
駆除を確実にするために適正な対応が大切です。わからないこと、気になることがあれば、学校（園）にお聞きください。

## (2) 感染症発生報告

### 1 学校において予防すべき感染症について（学校保健法施行規則第18条）

- ① **第一種の感染症**：「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」（以下、感染症法という）の一類感染症と結核を除く二類感染症を規定している。出席停止の基準は「治癒するまで」である。
- ② **第二種の感染症**：空気感染又は飛沫感染するもので、児童生徒等の罹患が多く、学校において流行を広げる可能性が高い感染症を規定している。出席停止期間の基準は、感染症ごとに個別に定められている。ただし、病状により学校医その他の医師において感染のおそれがないと認められたときは、この限りではない。
- ③ **第三種の感染症**：学校教育を通じ、学校において流行を広げる可能性がある感染症を規定している。出席停止期間の基準は、病状により学校医その他の医師において感染のおそれがないと認めるまでである。なお、学校で通常みられないような重大な流行が起こった場合には、その感染拡大を防ぐために必要があるときに限り、校長が学校医の意見を聞き、第三種感染症の「その他の感染症」として緊急的に措置をとることができる。「その他の感染症」として出席停止の指示をするかどうかは、感染症の種類や各地域、各学校における感染症の発生・流行の態様等を考慮の上で判断する必要がある、あらかじめ特定の疾患を定めてあるものではない。

#### ※「その他の感染症」の取り扱いについて

- ① 条件によっては出席停止の措置が必要と考えられる感染症
  - 溶連菌感染症     マイコプラズマ肺炎     RSウイルス
- ② 通常出席停止の措置は必要ないと考えられる感染症
  - 手足口病     伝染性紅斑（りんご病）     ヘルパンギーナ     感冒
  - アタマジラミ     水いぼ（伝染性軟属腫）     とびひ（伝染性膿痂疹）
- ③ 原則として出席停止にはならないが、流行の大きさや合併小の発生などから、保護者の間で不安が多い場合、校長が学校医と相談し出席停止の措置が必要と考えられる感染症
  - 感染性胃腸炎（ノロウイルス・ロタウイルス）

### 2 出席停止と臨時休業

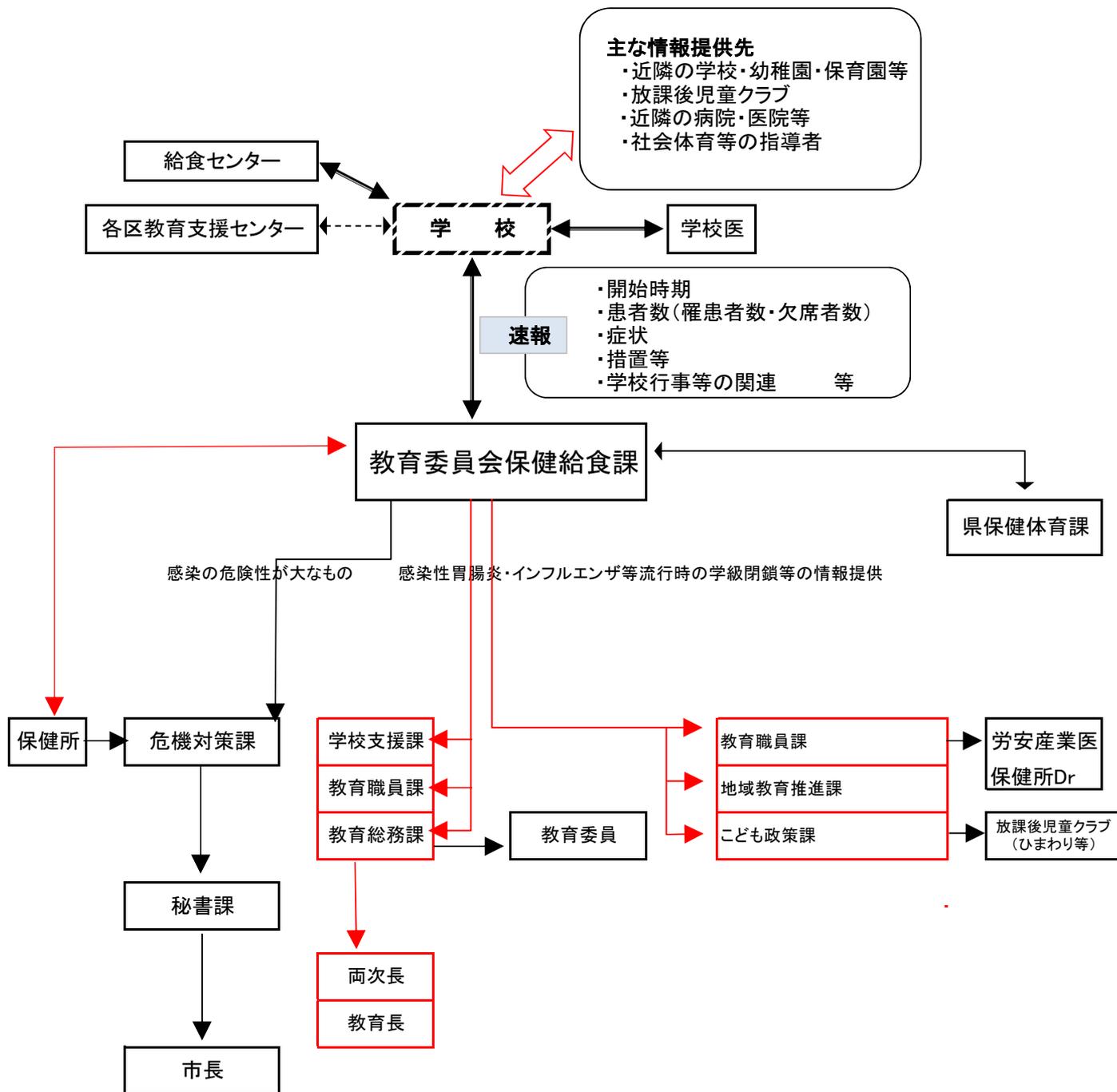
- ① **出席停止**：校長は、学校において予防すべき感染症にかかっている、かかっている疑いがある、又はかかるおそれのある児童生徒等に対して、出席を停止することができる。
- ② **臨時休業**：学校の設置者は、感染症の予防上必要があるときは、学校の全部または一部の休業を行うことができる。

### 3 感染症報告について

- ※ 校務支援システム（C4th）と学校等欠席者・感染症情報システム（感染症サーベイランス）との連携に伴い、小学校中学校においては「感染症に関わる児童生徒又は幼児の出席停止報告」は令和4年4月より不要。幼稚園及び中等教育学校、高等学校では必要。アタマジラミ発生報告及び、インフルエンザ重症児童生徒報告、麻しん風しん速報はすべての校種で必要。

【参考】公益財団法人日本学校保健会『学校において予防すべき感染症の解説』（H30年3月発行）

## 感染症・食中毒等発生時緊急連絡経路図



\* インフルエンザ様疾患集団発生報告は各学校からの報告に基づいて、学級閉鎖等の状況を即日、ホームページで公開している。

保護者様

学校長

## 出席(登校)停止について(通知)

お子さんが現在かかっていると思われる病気は、学校保健安全法により他の児童生徒にうつるおそれのある期間は出席(登校)できないことになっております。

必ず医師の診断及び治療を受け、下記の「感染症診断通知書」を持たせて出席(登校)させてください。

なお、出席(登校)停止になった期間は、欠席とはみなされません。

※ 病(医)院によっては、下記の「感染症診断通知書」を記入する際に、文書料として有料となる場合がありますのでご承知おきください。

注：○印は、かかっていると思われる病気

病 名	出席(登校)停止の期間(基準)
	第2種の感染症は、下記の基準の他、 <u>医師により感染のおそれがないと認めるまで出席停止</u> となります。
1 インフルエンザ	発症した後5日を経過し、かつ、解熱した後2日(幼児にあっては3日)を経過するまで。
2 百日咳	特有の咳が消失するまで又は5日間の適正な抗菌性物質による治療が終了するまで。
3 麻疹	解熱した後3日を経過するまで。
4 流行性耳下腺炎	耳下腺、顎下腺又は舌下腺の腫脹が発現した後5日を経過し、かつ全身状態が良好になるまで
5 風疹	発疹が消失するまで。
6 水痘	すべての発疹が痂皮化するまで。
7 咽頭結膜熱 アデノウイルス感染症	主要症状が消退した後2日を経過するまで。
8	

## 専門医様

- 現在かかっている疾病が治癒し、又は他の児童生徒にうつるおそれなくなりましたら、保護者又は児童生徒に「出席(登校)してもよい」旨の指導をし、下記の通知書によりお知らせくださいますようお願いいたします。

## 感染症診断通知書

学年・組及び氏名	年 組 氏名
----------	--------

病名 \_\_\_\_\_ 診断日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

上記の児童生徒の疾病は治癒し、又は他の児童生徒にうつるおそれがないと認められますので通知します。

出席(登校)してもよいと認められる日	月 _____ 日から
--------------------	-------------

病(医)院名又は  
医師氏名 \_\_\_\_\_

令和 年 月 日

※FAXをする前に担当まで電話で一報をお願いします。

送信票は不要

FAX (025-226-0034)

保健給食課 保健係 担当 宛

## インフルエンザの重症児童生徒について(報告)

\_\_\_\_\_  
学校・園

\_\_\_\_\_  
報告者名

1 年 組 氏名 (男・女)

2 発症日 月 日

3 出席停止期間 月 日 ~ 月 日

4 医療機関名

5 入院日 月 日

6 経過について(症状や具体的な対応状況等)

7 その他

学番

学校名

1 連絡を受けた係・氏名

2 連絡を受けた日時

年 月 日 時 分

麻疹(はしか)発生報告(速報)

発症の状況

氏名はイニシャルとし、FAX送信後電話連絡すること。

No	年組	氏名	発症日	診断日	予防接種歴	部活	備考
(記入例)	1年1組	A・B	6月1日	6月3日	1・2期済	野球	同部員弟麻しん出停中
1							
2							
3							
4							
5							
主治医	1		入院の有無	1	有 無	(入院病院	)
	2			2	有 無	(入院病院	)
	3			3	有 無	(入院病院	)
	4			4	有 無	(入院病院	)
	5			5	有 無	(入院病院	)
身近な人の罹患を確認(プライバシーに配慮する)							
兄弟姉妹の有無	1	有 無	兄弟姉妹の状況				
	2	有 無		2			
	3	有 無		3			
	4	有 無		4			
	5	有 無		5			

\* 予防接種歴欄には保健調査票及び保護者の聞き取り等から確認して記入する。

+ 全校の予防接種歴・既往歴の調査結果 予防接種率( %) 既往歴( %) ( 月 日現在)  
95%以上で集団免疫有と判定

確認事項

- ・ 学校医へ連絡・相談をする。
- ・ 学級・部活動等の健康観察を強化する。(発熱、発疹の有無等)
- ・ 保護者へ連絡をする。おたよりを出す。
- ・ 幼児・児童・生徒の予防接種歴を調べる。
- ・ 予防接種未接種者(幼児・児童・生徒及び職員)に予防接種を勧める。

保健給食課保健係 宛

FAX番号 送信票不要 025-226-0034

学番 \_\_\_\_\_  
 学校名 \_\_\_\_\_

1 連絡を受けた係・氏名

2 連絡を受けた日時 年 月 日 時 分

風しん発生報告(速報)

発症の状況

氏名はイニシャルとし、FAX送信後電話連絡すること。

No.	年組	氏名	発症日	診断日	予防接種歴	部活	備考
(記入例)	1年1組	A・B	6月1日	6月3日	1・2期済	野球	同部員弟風しん出停中
1							
2							
3							
4							
5							
主治医	1		入院の有無	1 有 無	(入院病院)		
	2			2 有 無	(入院病院)		
	3			3 有 無	(入院病院)		
	4			4 有 無	(入院病院)		
	5			5 有 無	(入院病院)		
身近な人の罹患を確認(プライバシーに配慮する)							
兄弟姉妹の有無	1	有 無	兄弟姉妹の状況	1			
	2	有 無		2			
	3	有 無		3			
	4	有 無		4			
	5	有 無		5			

\* 集団発生があれば予防接種歴の報告をする。

\* 予防接種歴欄には保健調査票及び保護者の聞き取り等から確認して記入する。

+ 全校の予防接種歴・既往歴の調査結果 予防接種率( %) 既往歴( %) ( 月 日現在) 95%以上で集団免疫有と判定
---

確認事項

- ・ 学校医へ連絡・相談をする。
- ・ 学級・部活動等の健康観察を強化する。(発熱、発疹の有無等)
- ・ 保護者へ連絡をする。おたよりを出す。
- ・ 幼児・児童・生徒の予防接種歴を調べる。
- ・ 予防接種未接種者(幼児・児童・生徒及び職員)に予防接種を勧める。

### (3) 臨時休業について（報告）

インフルエンザ，感染症，食中毒等の集団発生により，臨時休業（全校）を行った場合は，以下の様式で速やかに保健給食課へ報告する。（メールまたは紙面）

市第5号様式の2

第 号  
令和 年 月 日

新潟市教育委員会 様

学番 新潟市立 学校長  
(職印不要)

#### 臨時休業について（報告）

このたび，下記のとおり新潟市立学校管理運営に関する規則第7条第4項により臨時休業をしたので報告します。

#### 記

- 1 休業した学年，学級（記載不要）  
**全学年による閉鎖**
- 2 休業期間 令和 年 月 日から令和 年 月 日まで
- 3 休業にした理由 (インフルエンザ様疾患・感染症・食中毒集団発生) による感染，り患を防止するため
- 4 児童（生徒）の処置対応  
<例>  
(1) 学校閉鎖による登校禁止  
(2) 休業日の外出禁止  
(3) 休養，睡眠，うがい等必要事項の指導  
(4) 休業期間中における学習課題（健康児には適切な課題を与える）
- 5 その他参考事項

※全学年の閉鎖以外は，報告不要，この様式は，新潟市教育委員会HPからもダウンロードできます。



## (4) 食中毒発生報告

令和 年 第 月 号  
日

新潟市教育委員会 様

新潟市立 学校  
校長

学校における感染症・食中毒の終えんについて (届)

このことについて、別紙のとおりお届けします。

学 校 名																		
学校の所在地																		
感 染 病 ・ 食 中 毒 の 発 生 状 況	1 病 名																	
	2 発生年月日	年			月			日										
	3 終えん年月日	年			月			日										
	4 り患者数及び死亡者数等	学 年	児童生徒数			患者数			保菌者数			死亡者数			欠席者数			備考
			男	女	計	男	女	計	男	女	計	男	女	計	男	女	計	
		1																
		2																
		3																
4																		
5																		
6																		
計																		
発 生 の 状 況	1 発生原因																	
	2 感染経路																	
	3 臨床症状の概要																	
	4 発生以後の対応	学校の対応																
教育委員会の対応																		
保健所の対応																		
その他参考事項																		

- 備考 1 職員について該当者があったときは、「り患者数及び死亡者数」の備考に、その該当数を記入すること。  
 2 患者数、保菌者数及び死亡者数は実人数とし、欠席者数は延人数とする。  
 3 終えんは患者発生がなくなったときである。

## 8 各種事業

- (1) 児童生徒の生活習慣病健診事業
- (2) 業務補助員採用
- (3) プールの安全点検
- (4) AEDの設置・保守管理
- (5) 学校医の委嘱



## (1) 児童生徒の生活習慣病健診事業

### 1 趣旨

食生活、運動習慣、生活リズムの乱れや、喫煙・飲酒の低年齢化、ストレスの増加などの生活習慣の諸問題が大きな社会問題となっている。このような、生活習慣の乱れから、子どもたちの健康問題が危惧されている。

小児期からの健康的な生活習慣をつけていくことは、生活習慣病の予防や学校教育の円滑な実施には不可欠なことである。生活習慣病健診を通して児童生徒や保護者、学校関係者に対して生活習慣病を予防する意識を高め、健康な生活を送れるよう、啓発と支援を行う。

### 2 目的

新潟市児童生徒の生活習慣病健診は、異常の有無を明らかにすることが目的ではなく、健診を契機に受診者が自分の健康状態を知り、健康的な生活について意欲を高めることが目的である。そのためにリーフレットの配布による啓発や健診後の健康相談を行い、子どもの生涯にわたる健康生活への基盤づくりとする。また学校関係者、保健所、健康福祉課と連携を図り、一体となって新潟市の子どもの健康教育を推進していく。

### 3 対象者

小4、中1の希望者

### 4 健診料

保護者負担 1,000円（ただし「被保護者証明書」（生活保護世帯は所持）提示に限り無料）

### 5 主な流れ

- (1) リーフレットの配布、事前申し込みのとりまとめ
- (2) 児童生徒の生活習慣病健診の実施（主には夏休み期間）  
検査項目：家族歴、肥満度、腹囲、血中脂質、収縮期血圧、拡張期血圧
- (3) 「新潟市医師会小児生活習慣病判定委員」による判定の実施
- (4) 健診結果の通知（夏休み後に学校を通じて個人配付）
- (5) 判定結果に応じた事後指導の実施

総合判定		事後指導
A	異常なし	すべての項目で異常なし 啓発資料
B	要注意	軽度異常のみ1項目 啓発資料
C	要指導	中等度以上1項目、 または軽度異常2項目以上 健康相談の案内 (希望者は事前申し込み)
D	医療機関受診	高度異常1項目以上、 または中等度異常2項目以上 協力医療機関受診を案内

- (6) 生活習慣病健診結果説明会の開催
- (7) 該当校へ健康相談の結果、医療機関受診結果の送付
- (8) 児童生徒の生活習慣病予防事業検討委員会開催

学番	学校名	新潟市立	中学校
	児童生徒名	1年	組

保護者様

新潟市医師会生活習慣病  
健診判定委員会  
新潟市教育委員会

## 児童生徒の生活習慣病健診・貧血検査の結果について(お知らせ)

さきに実施いたしましたお子さんの生活習慣病・貧血検査については、新潟市医師会生活習慣病健診判定委員会において慎重に審査した結果、下記のように判定されましたのでお知らせ致します。

### ★生活習慣病健診判定

**C「要指導」です。**

検査値の異常がありますが、医療機関を受診する必要はありません。これ以上悪化しないように気をつけましょう。

また、この健診を機会に配布したパンフレット等を参考にして、さらに食事・運動・生活リズムなどに注意した生活をしていきましょう。しっかりした生活は、きっとお子さんの将来の健康を守ってくれるでしょう。ご希望があれば生活指導を受けることができますので、ご相談ください。

### 疑われる疾患 **低栄養**

「やせ」ではありませんが、LDLコレステロールが低く、低栄養状態が疑われます。

### ★生活習慣病健診

受診日 2018/07/24

項目	今回の値	区分	今回の判定	
身長	cm	☆肥満度の区分(肥満・やせの判定) 肥満・高度 50.0%以上 ・中等度 30.0~49.9% ・軽度 20.0~29.9% やせ・高度 -19.9~-15.0%かつ脈拍59以下 ・高度 -20.0%以下	異常なし	
体重	kg			
肥満度	%			
腹囲	cm	☆腹囲の区分 小学生 中学生 ・高度 75cm以上 80cm以上	異常なし	
血圧	最高(収縮期)	mmHg	☆血圧の区分 小学生・中学女子 中学男子 ・高度 160以上 ・中等度 135~159 140~159 ・軽度 125~134 130~139	異常なし
	最低(拡張期)	mmHg	・高度 90以上 ・中等度 80~89 85~89 ・軽度 70~79 75~84	
血中脂質	総コレステロール	mg/dl	☆高コレステロールの区分 LDL HDL ・高度 160以上 ・中等度 130~159 39以下 ・軽度 110~129	軽度
	HDLコレステロール	mg/dl		
	LDLコレステロール	mg/dl		
脈拍	/分	☆低コレステロールの区分 ・高度 59以下かつ脈拍100以上 ・軽度 59以下かつ脈拍99以下	参考値	
家族歴	有		軽度	

\*血中脂質は、HDL(善玉)コレステロール・LDL(悪玉)コレステロールの値を基に判定しておりますが、参考として総コレステロール値ものせました。

	A	B	<b>C</b>	D
異常なし		要注意	要指導	要医療
		軽度1項目のみ	中等度1項目 軽度2項目	高度1項目以上 中等度2項目以上

### ★貧血検査判定

**「医療機関受診」です。**

早めに医療機関を受診して下さい。

項目	今回の値	区分	今回の判定
赤血球	万/m <sup>3</sup>	貧血の区分(ヘモグロビンの基準値) 小学生・中学生女子 中学生男子 ・要医療 11.9以下 12.4以下	医療機関受診
ヘモグロビン	g/dl		
ヘマトクリット	%		

新潟市医師会生活習慣病健診判定委員会 電話 025-240-4134

## (2) 業務補助員採用

1 派遣の目的及び業務内容 健康診断等の補助業務

2 派遣日数

※ 令和5年4月1日の在籍児童生徒数（見込み数）を基に区分を判断する。

区分	児童生徒数	基準	加配	派遣日数
A	700人以上	12日	2日	延べ14日以内
B	600人以上 700人未満	8日	1日	延べ9日以内
C	前年度600人以上で今年度600人未満	4日	0日	延べ4日以内
D	生徒指導困難校、医療的補助等で 教育委員会が必要と認める学校	2日	0日	延べ2日以内
E	500人以上 600人未満	0日	3日	延べ3日以内
F	1000人以上（養護教諭複数配置校）	0日	3日	延べ3日以内

※ 令和4年度は、令和3年度同様の加配を行う。

※ 区分Cと区分Eは重複しない。（区分C優先）

※ 養護教諭複数配置校には派遣しないこととするが、児童生徒数が、1,000人以上となった場合は、延べ3日以内の加配を行う。

3 採用時期 令和5年4月1日から令和5年7月31日（※）まで

※ 就学時健診、年度末の健康診断票の整理など健康診断にかかわる業務で、8月以降も採用したい場合は、保健給食課にご連絡ください。

4 採用方法と手続き ※詳細については3月中旬に発出する通知を確認すること。

(1) 業務補助員は、資格を不問。各学校で探し、決定する。

(2) 業務補助員が複数校を掛け持ちしている場合、勤務日は学校間で調整する。

(3) 1か月の勤務時間が80時間未満かつ、週20時間未満となるよう調整する。

※ 複数校勤務している場合は、合算して上記の勤務時間を超えないこと。

(4) 採用に関わる書類は、【C4th 書庫>04\_保健食課>保健係>01 様式>07 業務補助】に格納。

(5) 通勤手当の認定や給与口座の申し出については、教育職員課の指示に従うこと。

(6) 勤務日を変更した場合、勤務最終日までに差し替えのシフト表を保健給食課へ提出する。

(7) 出務票は、毎月定められている締切日までに教育職員課に提出する。



### (3) プールの安全点検

- 1 概要 プールの排水口（正式には取水口）の事故防止のため、市教育委員会がプールのある全学校・園を巡回してプールの安全点検を行っています。  
H21年度以降は「抽出された学校・園」に限定して行っています。  
また、プール授業を行う全市立学校・園に対し「学校水泳プールの安全管理講習会」を実施しています。
  
- 2 通知 毎年度当初、「教育委員会職員による学校水泳プールの安全点検について」として該当校に通知しますので、プール担当職員の対応をお願いします。

#### 主な点検内容

- (1) プール管理日誌及び取水口安全点検報告書の確認  
※ プール管理日誌は過去3年分をご準備ください。
- (2) プール使用状況の確認



## (4) AEDの設置・保守管理

いざという時のために、日頃からAEDを点検しましょう！

### 1 日常点検

- ・ 1日1回、各学校（園）で実施します。
- ・ 本体、付属品の状況（破損などの有無）を確認します。
- ・ インジケーター（使用準備完了ランプ）の確認  
AEDには、正常に動くかどうかを示すためのインジケーターが付いています。インジケーターが正しく表示されているかを確認願います。

### 2 定期点検

- ・ 年1回、保守点検業者が実施します。
- ・ 本体、付属品の状態について点検します。
- ・ 消耗品（電極パッド、バッテリー等）を使用期限に応じて交換します。

### 3 その他、注意点

- ・ 学校（園）によって設置機種が異なるので、事前に設置機種について確認をお願いします。
- ・ 電極パッドについては、破損すると十分な電気ショックが行えないおそれがあります。使用時までプラスチックケースを開けないでください。
- ・ 電極パッドは使い捨てです。使用後は交換が必要となりますので、速やかに保健給食課まで連絡してください。
- ・ AEDを使用した後は、使用後点検が必要です。また、正しく使用されたかを確認するためデータの確認も行います。  
使用後は速やかに保健給食課まで連絡してください。
- ・ 学校が知り得ない日・時間帯等にAEDを使用した方に対し、学校へ使用報告を行う旨の注意喚起シールをキャリングケースに貼付してください。
- ・ 学校開放などの対応により、AEDの移設が必要となった場合は、保健給食課まで連絡してください。



## (5) 学校医等の委嘱

### 1 内科医・耳鼻科医・眼科医・精神科医・歯科医・薬剤師の委嘱

原則として、学校医等からの申出がなければ次年度も継続となります。

学校医等の担当一覧表は、下記の時期に全校・園へ配信しますので、担当の学校医等を確認してください。

もし、送付したデータと異なる場合、また年度の途中で学校医等から辞任等の連絡があった場合は、次ページの「学校医等変更報告書」にて早急にお知らせください。

#### 記

区分	送付時期
内科医	<u>2月上旬～中旬頃</u> に全校・園へ配信します。
耳鼻科医	
精神科医	
歯科医	
薬剤師	
眼科医	<u>3月上旬頃</u> に全校・園へ配信します。

保健給食課学校医担当 宛

令和 年 月 日

FAX 025-226-0034 (送信票は不要です)

### 学校医等変更報告書

学 番				校 園 名	
				幼稚園 中(等教育)学校 高等学校	小学校 特別支援学校

内科	耳鼻科	眼科	精神科	歯科	薬剤師
----	-----	----	-----	----	-----

(○印)

#### 旧

氏 名	勤務地及び連絡先(電話番号)
退任(予定)日	退 任 理 由

---

#### 新

氏 名	勤務地及び連絡先(電話番号)
新任(予定)日	備 考

※ 承諾をいただいている場合は「新」も記入してください。

## 9 その他

- (1) 兼職発令
- (2) 健康診断統計・保健月報
- (3) 学校保健関係用語の表記



## (1) 兼職発令

- 1 兼職発令対象者  
養護教諭の免許を有し、3年以上養護教諭として勤務したことがある者
  
- 2 提出書類 提出先 保健給食課  
※ 申請する場合は、保健給食課に連絡する



## (2) 健康診断統計・保健月報

令和3年度より統合型校務支援システムが導入されたことに伴い、健康診断統計及び保健月報に関わる提出帳票を下記の通りとします。

つきましては、小学校・中学校・特別支援学校については、統合型校務支援システムへの入力を実際に行ってくださいますようお願いいたします。

報告期限や報告様式等の詳細については、7月頃通知します。

		小学校	中学校	特別支援学校	高等学校	中等教育学校	幼稚園
健康診断統計	在籍数統計報告書	○	○	○	○	○	○
	身体計測集計表	○	○	○	○	○	○
	肥満痩身傾向集計表				○	○	○*
	眼科健診・視力検査集計表				○	○	○
	耳鼻科健診・聴力検査集計表				○	○	○
	歯科健診集計表				○	○	○
	疾病等集計表				○	○	○
	【C4th 帳票】疾病肥満傾向調査票	○	○	○			
	【C4th 帳票】歯科疾患調査票	○	○	○			
	成長曲線集計表	○	○	○		前期○	
成長曲線受診結果	○	○	○		前期○		
月報	保健月報提出用（年間）	提出不要			○	○	
提出方法		C4th 文書回答			保健給食課 mail		

\* 幼稚園の肥満傾向調査は、新潟市保健所による「新潟市小児肥満等発育調査」にて行う。

※保健室利用状況について年度の3月下旬までに提出する。

月報 提出用 (年間)

年度  
年間集計

区分			学番				学校名	学校長	
			1年	2年	3年	4年	5年	6年	合計
外科	1	創傷							
	2	打撲							
	3	捻挫							
	4	つき指							
	5	骨折							
	6	やけど							
	7	その他							
外科計									
内科	8	頭痛							
	9	胃・腹痛							
	10	気持ち悪い							
	11	かぜ様症状							
	12	倦怠感							
	13	脳貧血							
	14	月経痛							
	15	その他							
内科計									
眼科	16	異物							
	17	眼球打撲							
	18	その他							
眼科計									
耳鼻科	19	違和感・異物							
	20	圧迫・打撲							
	21	鼻出血							
	22	その他							
耳鼻科計									
皮膚科	23	かゆみ・湿疹							
	24	たこ・いぼ							
	25	その他							
皮膚科計									
歯科	26	歯の破折・脱臼等							
	27	その他							
歯科計									
健康相談	28	健康相談(心の問題)							
	29	健康相談(身体的な問題)							
	30	その他							
相談計									

その他	昼食								
	運動制限								
	時間調整								
	洗髪								
	テス ト								
計									

保健室登校実人数									
保健室登校利用のべ日数									

### (3) 学校保健関係用語の表記

学校保健計画や保健だより等の学校保健関係で使用する用語表記等は、対象となる子どもたちや保護者が難しく感じたり、誤解したりしないように配慮する必要があります。そのため、慣用的な語句も含め、以下のような表記が望ましいと考えますので、用語の表記等について配慮してください。

なお、学術用語や法令、通知文等とは異なる場合もあります。

#### ○「健康診断」、「検診」と「健診」

健康診断は、子どもの健康状態を把握することを目的としており、その目的を実現するために各分野の疾患等の有無を検診(スクリーニング)することで、これを統合し健康状態の評価を行うものである。

したがって、「検診」は各種疾患や臓器の検査を行う行為を表したもので、いわば「個別的なとらえ方をした」意味で使われることが多い。例外として身体計測、視力、聴力等の「検査」も使用する。

「健診」は「健康診断」の略語であり、全身をとおして健康度の診査を表したもので、いわば「全体的なとらえ方をした」意味で使われる。「検診」との混乱を避けるため「健診」は使用しない。

全体的なとらえ方をした意味で使われることが多い「内科健診」「歯科健診」等は言葉を略さずに「内科健康診断」「歯科健康診断」と表記する。

参考：児童生徒の健康診断マニュアル(改訂版)  
日本学校歯科医会会誌

#### ○その他の表記

望ましい表記	不適切な表記	備 考
学校保健安全法	学校保健法	平成20年に法改正とともに改称されている。
治療のお勧め 結果のお知らせ	治療勧告・ 治療勧奨	「勧告・勧奨」は受け取る側にとっては高圧的な感じを受ける。
むし歯(う歯)	虫歯	学術的には「う歯」だが、わかりやすい表記を使う。
第一大臼歯	6歳臼歯	生えてくる時期に個人差があるため。
歯みがき	歯磨き	「磨き」は強い力で研磨するイメージをあたえる。
むし歯菌		学術的には「ミュータンス、ミュータンス菌」だが、子どもがイメージしやすく理解しやすいため慣例的に使用している。
歯と口の健康週間	歯の衛生週間	「歯科口腔保健の推進に関する法律」の施行にともない変更される予定(25年度～)
感染症	伝染病	平成11年に伝染病予防法等の法律は廃止された。
かぜ	風邪	わかりやすい平易な表記とする。
麻疹 風疹	麻疹 風疹	わかりやすい平易な表記とする。
障がい	障害	「害」の字の印象がよくないことから、ひらがな表記にすることが多くなっている。
保健教育	保健教育を「保健学習」と「保健指導」に分類する	保健教育を「保健学習」「保健指導」の用語を用いた分類は使用せず、これらを「保健教育」としてひとくくりで示す。

